

Samhandling mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og kommunale samarbeidspartnere i pleie- og omsorgstjenesten.

Hvilke faktorer og rammebetingelser er av vesentlig betydning for å få til en god samhandling mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og kommunale samarbeidspartnere i pleie- og omsorgstjenesten?

Silja Ildgruben



Masteroppgave ved Det medisinske fakultet, institutt for
helseledelse og helseøkonomi

UNIVERSITETET I OSLO

1. nov 2011

© Forfatter

År: 2011

Tittel: Samhandling mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og kommunale samarbeidspartnere i pleie- og omsorgstjenesten.

Forfatter: Silja Ildgruben

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Rønnes trykk Mosjøen

Sammendrag

“Vi har jo jobbet nå snart i et par ti-år med gruppe C (eldre og langtidssyke i institusjon og hjemmesykepleie). Jeg tror nok noen av oss synes at dette arbeidet har vært nokså tungrodd. Vi har på en måte måttet presse oss inn.”

Sitat fra en av informantene fra tannhelsetjenesten.

Tannhelsetjenesten samarbeider med kommunenes pleie- og omsorgstjeneste for å gi eldre og langtidssyke i institusjon og hjemmesykepleie god munnpleie og gode forebyggende tannhelsetjenester. En god og regelmessig gjennomført munnpleie er viktig for pasientenes orale helse, som igjen har stor betydning for den totale helsen og pasientenes velvære. Helsepersonellet i pleie- og omsorgstjenesten skal utføre den daglige oppfølgingen av pasientens munnstell ved hjelp og veiledning av tannhelsetjenestens personell. Mange studier viser at pasientene i pleie- og omsorgstjenesten ikke får den oppfølgingen de har behov for. De har derfor en stor risiko for tannsykdommer og redusert oral helse.

Denne studien retter oppmerksomheten mot faktorer og rammebetingelser som er av vesentlig betydning for å få til en god samhandling mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og kommunale samarbeidspartnere i pleie- og omsorgstjenesten.

Flere faktorer fremkommer som vesentlige for at dette samarbeidet skal lykkes. Studien viser at kjennskap til hverandres organisasjon, kontaktetableringen mellom de samarbeidende partene og faste kontaktpersoner er viktige faktorer. Samhandlingsrelasjonen vil fremmes gjennom en tydeligere rolleavklaring. Kunnskapsoverføring og opplæring av personell i pleie- og omsorgstjenesten er av vesentlig betydning for en god oppfølging av munn- og tannstell på pasienter i institusjon og hjemmesykepleie. En tydeligere ansvars- og oppgavefordeling kan bidra til en bedre samhandlingsrelasjon. Dette ved at de samarbeidende partene definerer felles mål og etablerer faste rutiner på områder som man ønsker gjennomført på alle avdelinger. Likheter i tjenestetilbudet vil da også bedres. Studien viser at samarbeidskontrakter kun vil ha betydning der kontraktene har en overordnet forankring i organisasjonenes ledelse og der personell fra de samarbeidende organisasjonene involveres i utarbeidelse av handlingsmål. Skal man lykkes med en samhandlingsrelasjon mellom to samarbeidende organisasjoner må de mellommenneskelige forhold få oppmerksomhet og prioriteres.

Forord

Jeg ønsker å takke fylkestannlegen i Nordland for muligheten til å gjøre et dypdykk i problemstillingen knyttet til samhandling mellom tannhelsetjenesten i Nordland og samarbeidspartnere i pleie- og omsorgstjenesten. Problemstillingen i oppgaven ble initiert av Fylkestannlegen og oppleves som viktig i det daglige arbeidet i tannhelsetjenesten. Funnene i denne oppgaven vil forhåpentligvis være et bidrag til at tannhelsetjenesten i Nordland kan bedre samarbeidet og samhandlingen med sine kommunale samarbeidspartnere.

Arbeidet med denne oppgaven har krevd sin tid og oppmerksomhet. Mine kollegaer i administrasjonen i distriktet har i denne tiden både vært tålmodige i tillegg til at de har fått unna det daglige arbeidet. Takk til Eli, Merete og Lars Inge for god støtte i prosessen. En ekstra takk går til Lars Inge Byrkjeflot for god hjelp i prosessen som diskusjonspartner og korrekturleser.

Veileder har bidratt med solid kunnskap om kvalitativ metode og analyse. Olaf Aasland har på denne måten skapt trygghet for prosessen og bidratt med lærerike og nyttige tilbakemeldinger.

Familien fortjener den største takken for tålmodighet i det daglige med en kone og mor som nesten alltid har vært på jobb og i tillegg har lyst til å studere innimellom. Takk for raushet, gode ord og praktisk hjelp til at hverdagen går i hop.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Avgrensning av oppgaven	4
1.2	Tannhelse og munnstell hos eldre og uføre i institusjon og hjemmesykepleie i Nordland.....	4
1.3	Problemstilling.....	7
2	Bakgrunn	10
2.1	Tannhelse og munnstell hos eldre og uføre i institusjon og hjemmesykepleie på nasjonalt nivå.....	11
2.2	Tannhelsetjenestens ansvar.....	15
2.3	Pleie- og omsorgstjenestens ansvar	15
2.4	Utfordringer framover	16
3	Teori	18
3.1	Samhandling/ samarbeid.....	18
3.2	Mål.....	19
3.3	Kommunikasjon.....	21
3.4	Organisasjonskultur og konsulentrollen	25
4	Metode.....	29
4.1	Etiske betraktninger	29
4.2	Forskningsdesign	30
4.2.1	Forskerens rolle i prosessen	31
4.3	Intervju som metode	31
4.3.1	Valg av informanter	32
4.4	Generaliserbarhet.....	33
4.5	Reliabilitet	34
4.6	Validitet	34
4.7	Bearbeiding av data	35
5	Analyse og refleksjon.....	37
5.1	Informantenes forståelse og definisjon av begrepet samarbeid.....	37
5.2	Rammebetingelser	38
5.2.1	Forvaltningsnivå og organisatorisk tilhørighet	38
5.2.2	Økonomi.....	40

5.2.3	Kontraktsbaserte forhold	42
5.3	Andre faktorer.....	44
5.3.1	Forankring i ledelsen.....	45
5.3.2	Mål	47
5.3.3	Eierskap, personlig engasjement	51
5.3.4	Rutiner og systematikk.....	53
5.3.5	Kompetanse	56
5.3.6	Forventninger til den samarbeidende part.....	57
6	Diskusjon.....	60
6.1	Rammebetingelsenes betydning.	60
6.2	Andre faktorerers betydning.	65
7	Konklusjon	74
	Litteraturliste	77
	Vedlegg	Error! Bookmark not defined.
7.1	Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	82
7.2	Intervjuguide.....	84
	Figur. 1.1 Illustrasjon av problemstilling:	9

1 Innledning

Den offentlige tannhelsetjenesten styres av Lov om tannhelsetjenester (1983).

Fylkeskommunen skal både organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til prioriterte grupper som beskrevet i lovens § 1-3. En av de prioriterte gruppene er eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie.

Det daglige tjenestetilbud til denne gruppen blir utført av helsepersonell i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Deres tilbud er forankret i lov om kommunehelsetjenester og sosialtjenesteloven. I følge forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (11-2004), som handler om kommunens ansvar for gjennomføring av pleie- og omsorgstilbudet, har kommunen et ansvar for at pasientene får nødvendig tannbehandling og ivaretatt sin munnhygiene.

Helsetilsynet har kartlagt tannhelsetilbudet som blir gitt til pasientene i den kommunale pleie og omsorgstjenesten (Statens Helsetilsyn 2004). I følge denne rapporten gir tannhelsetilbudet til gruppen grunn til bekymring i mange fylker. Andelen av gruppen som er under tilsyn i Den offentlige tannhelsetjenesten varierer mye mellom ulike rettighetsgrupper og det er store fylkesvise forskjeller. Årsrapport for Den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland i 2009 bekrefter helsetilsynets rapport og viser at i gruppen langtidssyke i institusjon ble 58% ferdigbehandlet i rapportåret og 78% var under tilsyn. I pasientgruppen med hjemmesykepleie var tilsvarende tall 44% og 58%. Samlet for hele gruppen var vel en tredjedel ikke under tilsyn i 2009. Resultatet for 2010 viser små endringer i forhold til dette når det gjelder institusjon, men klart dårligere dekningsgrad når det gjelder hjemmesykepleie. I institusjon ble 56,6% undersøkt og behandlet og 75,3% var under tilsyn. Tilsvarende tall i hjemmesykepleie var 28,4% og 40,4%. Nordland hadde i 2010 bedre dekningsgrad enn landet for øvrig når det gjaldt hjemmesykepleie, men noe dårligere for pasienter i institusjon (Kostra 2011). Kriteriet for å være ”under tilsyn” er at pasienten skal være undersøkt, har fått utført nødvendig tannbehandling og er satt på ny innkalling. Tidspunktet for ny innkalling settes etter en individuell vurdering av behov. Dette medfører at ikke alle pasienter undersøkes hvert år.

En av tre av de tilmeldte i denne pasientgruppen fikk altså ikke det tilbudet de hadde krav på i 2009 fra Den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland. Vi mangler også kunnskap om hvor mange i gruppen som ikke er tilmeldt Den offentlige tannhelsetjenesten på bakgrunn av manglete informasjon og kjennskap til sine rettigheter. Det er kommunens pleie- og omsorgspersonell som er ansvarlig for tilmelding av rettighetspasienter til Den offentlige tannhelsetjenesten (heretter kalt tannhelsetjenesten).

Andelen eldre i befolkningen øker i årene som kommer. Befolkningen blir eldre og lever lengre samtidig som den generelle tannhelsen forbedres. Dette innebærer at det blir flere tenner å vedlikeholde i den eldre befolkningen. Dette vil øke behovet for tannhelsetjenester til denne gruppen.

Det er gjort flere studier som kartlegger tilstanden på den orale helsen og kvaliteten på munnstell i sykehjem. Også i hjemmesykepleien finnes studier, men i mindre omfang. Disse studiene viser at det daglige tann- og munnstell hos brukere i pleie- og omsorgstjenesten er mangelfull (Sosial- og Helsedirektoratet 2004, Andersson 2007, Folkehelseinstituttet 2009).

Det er også gjort flere studier som viser hvilke tiltak som kan heve kvaliteten på det forebyggende arbeidet for å bedre den orale helsen hos pasienter både i hjemmesykepleien og på sykehjem. Disse tiltakene vil bli nærmere beskrevet i kp. 2.3 (Ferreira og Armingohar 2006, Samson 2009, Myrseth 2009, Fjæra og medarbeidere 2010, Balstad 2011).

Årsaken til at munnpåpassing ikke blir prioritert i tilstrekkelig grad i pleie- og omsorgstjenesten, berører både tannhelsepersonell sitt ansvarsområde og ansvar som er tillagt personell i pleie- og omsorgstjenesten.

I en studie der man ønsket å måle effekten ved bruk av “munnstellkort” som et konkret individrettet tiltak for å bedre munnhygienen i sykehjem gis følgende konklusjon: *“Vårt forsøk viser at selv med tett og entusiastisk veiledning fra tannhelsepersonell, er det vanskelig for omsorgstjenesten å levere den personlige orale hygien som pasientene bør ha krav på. Dette er et område som må prioriteres både ressursmessig og forskningsmessig.”* (Ferreira og Armingohar 2006)

En annen studie påpeker at samhandlingsrelasjonen mellom “tannlege og sykepleier” kan være en av flere årsaker til mangelfull oppfølging av den orale helsen i sykehjem (Myrseth 2009).

Forskningen på dette området har i liten grad vært opptatt av å sette søkelyset på at de samarbeidende partene har ulikt definert ansvar, at de tilhører to ulike forvaltningsnivå og eventuelle utfordringer dette medfører i samarbeidet og oppgaveløsningen.

Det er grunn til å tro at selve samhandlingsrelasjonen mellom de samarbeidende parter spiller en viktig rolle for kvaliteten på oppfølging av den orale helsen hos pasientene i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Jeg ønsker i denne studien å undersøke hvilke faktorer som påvirker samhandlingsrelasjonen og om noen rammebetingelser er av vesentlig betydning for oppgaveutførelsen. Jeg har valgt å undersøke faste rammebetingelser som økonomi, formaliserte avtaler som regulerer samarbeidet og det faktum at de samarbeidende partene befinner seg på to ulike forvaltningsnivå.

Samhandling har fått stor oppmerksomhet innenfor helsepolitiske strategier for oppgaveløsning og gode pasientforløp. Samhandlingen skal bidra til bedre koordinering og en effektiv ressursutnyttelse. Den krever også et samarbeid der oppgavene som skal løses er definert, der begge parter har en gjensidig ansvarsfølelse for oppgaven og forventningene til hverandre er avklart.

I samhandlingsreformen legges det til grunn at det økte behovet for helsetjenester fremover i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning der forebyggende og helsefremmende arbeid er et viktig og sentralt tema. Tannhelsetjenesten er ikke eksplisitt nevnt i samhandlingsreformen, men kommunens ansvar for det forebyggende og helsefremmende feltet er stadfestet både i ny folkehelselov, kommunehelselov samt veiledere for både helsestasjon og sykehjem. I disse dokumentene er tannhelse gitt oppmerksomhet.

En god samhandling mellom forvaltningsnivåene vil være avgjørende for å kunne organisere helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid til pasientgruppene i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2008).

1.1 Avgrensning av oppgaven

Oppgaven tar utgangspunkt i Tannhelsetjenesten i Nordland og hvilke faktorer som kan bidra til et bedre forebyggende og helsefremmende tannhelsetilbud i pleie- og omsorgstjenesten. Tannhelsetjenesten kan øke sin egen innsats i institusjonene og i hjemmet for de pasientene som har rett til gratis tannpleie. Dette vil kreve økte ressurser. Utgangspunktet for oppgaven er innen dagens organisering og ressursramme å vise hvilke faktorer som kan bidra til at det allerede eksisterende samarbeidet kan bli bedre, med særlig vekt på oppfølging og vedlikehold av den orale helsen til eldre, uføre i institusjon og hjemmesykepleie.

Begrepsavklaring

I denne studien benyttes ordet “kommune” flere steder. Når ordet kommune benyttes i teksten menes primærkommunene.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten heter ”Den offentlige tannhelsetjenesten”. I oppgaven har jeg valgt å bruke ”tannhelsetjenesten”.

1.2 Tannhelse og munnstell hos eldre og uføre i institusjon og hjemmesykepleie i Nordland.

Tannhelsetjenesten i Nordland har utarbeidet skriftlige rutiner for samarbeidet med pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Disse rutineene er beskrevet i “Veiledninga” som er en del av Tannhelsetjenesten i Nordland sitt kvalitetssikringssystem. Samarbeidsrutinene skal i følge “Veiledninga” gjennomgås ved ett årlig møte mellom den lokale tannklinikken og pleie- og omsorgstjenestens personell i den aktuelle kommunen.

Tannhelsetjenesten skal bidra med opplæring i munnstell for personellet. Denne opplæringen skal øke oppmerksomheten på og befeste gode rutiner for munn- og tannstell i kommunale institusjoner og på hjemmeboende rettighetspasienter. De årlige møtene skal også

kvalitetssikre de samarbeidsrutiner som er vedtatt når det gjelder kommunenes ansvar for å henvise og informere ”rettighetspasienter” til Den offentlige tannhelsetjenesten. Det foreligger pr i dag ingen skriftlige “kontrakter” mellom tannhelsetjenesten i Nordland og pleie- og omsorgstjenesten i kommunene.

I 2004 ble det utarbeidet en nasjonal rapport på oppdrag fra sosial- og helsedirektoratet for å undersøke tannhelsestatus og oral helse blant sykehjemsbeboere i Norge (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Det deltok 3429 pasienter i denne undersøkelsen fordelt over hele landet. Nordland var representert med 162 pasienter.

Rapporten viste at 18% av sykehjemsbeboerne fra Nordland hadde bare egne tenner og ingen proteser. Tilsvarende tall for hele landet var 33%. Videre hadde 8% av sykehjemsbeboerne i Nordland både proteser og egne tenner, mot 20 % på landbasis. Nordland hadde også et betydelig større andel helt tannløse (74%) enn landet som helhet (47%). Rapporten viste altså at sykehjemsbeboere i Nordland har vesentlig dårligere tannhelse enn landet som helhet med færre tenner pr. beboer og større andel tannløse.

For å måle kvaliteten på munnstell i sykehjem ble det benyttet en indeks for å måle belegg på tenner og proteser (BI) og belegg på slimhinnene (SI). Ved å slå sammen belegg- og slimhinneindeksen (BSI) får man et uttrykk for tilstanden i munnhulen når det gjelder belegg på tenner og proteser samt slimhinnenes tilstand. En stigende verdi indikerer en dårligere kvalitet på munnstell. BSI kan ha verdier på en skala fra 2- 8. Nordland hadde en gjennomsnittlig BSI på 3,6. Den gjennomsnittlige belegg- og slimhinneindeksen varierte fra 3,3 i Nord-Trøndelag til 5,6 i Østfold.

Rapporten viser at kvaliteten på tann- og munnstell på beboere i sykehjem over hele landet er dårlig. Nordland kommer bedre ut enn mange fylker, men en gjennomsnittlig BSI på 3,6 viser også her en manglende kvalitet i oppfølgingen av det individrettede munnstellet hos sykehjemsbeboerne.

I samme nasjonale rapport ble det gjort en kartlegging av inklusjon av rutiner for tann- og munnstell i pleieplaner (Sosial- og Helsedirektoratet 2004). I Nordland svarte elleve institusjoner på spørreskjemaet. Åtte av disse hadde generelle prosedyrer for munn- og

tannstell mens tre hadde utarbeidet individuelle rutiner. Ingen av institusjonene hadde inkludert de individuelle rutinene i pasientenes pleieplaner. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (FOR-2003) krever at pasienter i kommunens pleie- og omsorgstjeneste skal sikres nødvendig tannbehandling og få ivaretatt munnhygien gjennom skriftlige prosedyrer.

Rapporten viste at sykehjemmene i Nordland ikke oppfylte kravet til individuelle prosedyrer for å ivareta pasientenes munnhygiene, selv om de i følge forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten var pålagt dette.

Fylkesrevisjonen i Nordland gjennomførte i 2008 en systemrevisjon av tannhelsetilbudet til eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie i fylket (Fylkesrevisjonen i Nordland 2008). Hovedmålsettingen med revisjonen var å finne ut om gruppen fikk det tannhelsetilbudet de etter loven hadde krav på. Revisorene undersøkte blant annet om tannklinikkenes praksis var i henhold til de planer og retningslinjer for samarbeid som var fastsatt for gruppen. I følge “Veiledninga” skal tannhelsetjenesten gjennomføre et årlig samarbeidsmøte med de kommunale institusjonene og hjemmesykepleien. Innholdet i dette møtet skal være undervisning og veiledning av personell i munnstell, rådgivning om hjelpemidler og munnpleieprodukter til munnstell samt hjelp til å utarbeide munnstellrutiner som inngår i pasientenes individuelle pleieplan (Nordland Fylkeskommune “Veiledninga”). Revisjonen viste at kun halvparten av institusjonene og ti prosent av hjemmesykepleien mente det hadde vært gjennomført årlige samarbeidsmøter.

Undersøkelsen viste videre at 95% av tannklinikkene bekreftet at det ble gitt opplæring i institusjoner (Fylkesrevisjonen i Nordland 2008). På samme spørsmål rettet til kommunene bekreftet 73% at de hadde mottatt slik opplæring. Når det gjelder hjemmesykepleien mente 62% av tannklinikkene at det hadde blitt gitt opplæring, men kun 32% av kommunene mente at de hadde fått tilbud om slik opplæring.

Dette viser at tilbudet om opplæring var bedre i sykehjem enn i hjemmesykepleien og en manglende samforståelse mellom de samarbeidende parter på hvilken aktivitet som faktisk hadde vært gjennomført. Tannklinikkene og kommunene ble også bedt om å vurdere samarbeidet når det gjaldt opplæring. Samlet sett mente 62% av tannklinikkene at samarbeidet med institusjonene var bra. Kun 38% av tannklinikkene mente at samarbeidet

med hjemmesykepleien var bra. På samme spørsmålet ga personellet i pleie- og omsorgstjenesten et svar som var litt mindre positivt. Vel halvparten (54%) av de spurte innen institusjon og 22% innen hjemmesykepleien synes samarbeidet med tannklinikkene var bra.

I følge Fylkesrevisjonens rapport i Nordland ser vi at det var en betydelig forskjell i omfanget av opplæringstilbudet som ble gitt til henholdsvis institusjon og hjemmesykepleie i de undersøkte kommunene. Det var også store forskjeller i gjennomføringsgrad av samarbeidsmøter og oppsummert sies det i rapporten at informasjonsflyten mellom tannhelsetjenesten og kommunene kan bli bedre.

Rapporten konkluderer med at personalet i pleie- og omsorgstjenesten var mindre fornøyd med samarbeidet med tannhelsetjenesten enn tannhelsetjenesten selv. De opplevde i mindre grad at det eksisterte et samarbeid både når det gjaldt omfang og innhold enn det tannhelsetjenestens personell opplevde. Dette er en viktig observasjon. Det vil være interessant å sette søkelyset på de ulike virkelighetsforståelsene hos de to forvaltningsnivåene og hva disse er begrunnet i.

De studiene som her vises til avdekker at samhandlingsrelasjonen mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten var et svakt ledd i oppfølgingen av den orale helsen hos pasienter i hjemmesykepleien og i institusjon.

1.3 Problemstilling

Pasienter i pleie- og omsorgstjenesten i Nordland som på grunn av alder eller sykdom trenger hjelp til det daglige stell av tenner og munn får ikke denne hjelpen i tilstrekkelig grad. (Sosial- og helsedirektoratet 2004, Fylkesrevisjonen i Nordland 2008). Utviklingssenter for hjemmetjenesten bekrefter også at dette er et problem i sin rapport der de har undersøkt tannhelsen hos eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleien i Oslo (Balstad 2011). Dette til tross for at ansvaret mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten er klart formulert i Lov og forskrift (Lov om tannhelsetjenester 1983, FOR- 2003).

Tannhelsetjenesten i Nordland har i tillegg egne retningslinjer i "Veiledninga" som er konkret

utformet for hvordan samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og kommunens pleie- og omsorgstjeneste skal ivaretas fra tannhelsetjenestens side.

Med dette utgangspunktet ønsker jeg å undersøke hvilken betydning samhandlingsrelasjonen har for oppfølgingen av det forebyggende arbeidet og munnstell i institusjon og hjemmesykepleie. Jeg vil også undersøke hvilke rolle fastlagte rammefaktorer som økonomi, ulike forvaltningsnivå og avtalefestet samhandling i form av kontrakter kan ha på samhandlingsrelasjonen.

I Helsedirektoratets forslag til nye nasjonale kvalitetsindikatorer for tannhelsetjenesten ble kontraktsbasert samarbeid med kommunene foreslått som en av 11 kvalitetsindikatorer (www.helsedirektoratet.no/tannhelse). Kun ni av de foreslåtte indikatorene ble vedtatt, og forslaget om samarbeidskontrakter ble ikke en av disse. Samhandling forankret i samarbeidskontrakter nevnes også i Stortingsmelding 47 (2008) “Samhandlingsreformen” som et virkemiddel for å knytte helsetjenesten sammen over sektorgrensene, både kommunalt og innen spesialisthelsetjenesten. Dette for å bidra til at helsetjenesten fremstår som helhetlig og koordinert gjennom hele pasientforløpet. Kontraktsbasert samarbeid nevnes som et viktig virkemiddel for å nå framtidige helsepolitiske mål i mange styrende dokumenter. Her kan nevnes bl.a. Rundskriv IS-1/2011 “Nasjonale mål og prioriterte områder for 2011” (Helsedirektoratet 2011), Ot.prop. nr 73 “Om lov om fylkeskommunale oppgaver i folkehelsearbeidet” og Stortingsmelding 35 (2007) “Framtidas tannhelsetjenester”. I ny helselovgivning for kommunene fremheves også behovet for forpliktende samarbeidsavtaler mellom forvaltningsnivå innen helse og omsorgssektoren.

Det er også ønskelig å undersøke hvilke andre variable faktorer som kan påvirke samhandlingsrelasjonen. For å finne disse faktorene har jeg gått bredt ut for å kartlegge hva informantene opplever som viktige faktorer.

Forskningsspørsmål:

Hvilken betydning kan faste rammebetingelser ha for samhandlingen mellom tannhelsetjenesten og kommunene?

Rammebetingelser defineres som strukturelle forhold som forvaltningsnivå, økonomi og kontraktsbaserte forhold.

Hvilken betydning kan andre faktorer ha?

Slike faktorer kan være ledelsesforankring, kjennskap til den samarbeidende organisasjon, personlig engasjement, definerte mål, kjente prosedyrer og rutiner og kompetanse for å utføre oppgaven som er pålagt, personlig nettverk osv.



Figur. 1.1 Illustrasjon av problemstilling:

Eksempler på faktorer og rammebetingelser som kan påvirke samhandlingsrelasjonen mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og kommunale samarbeidspartnere i pleie- og omsorgstjenesten.

2 Bakgrunn

Lov om tannhelsetjenester definerer grupper som har rett på et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud fra fylkeskommunen. Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon eller hjemmesykepleie er en av disse gruppene.

Tannhelsetilbudet som fylkeskommunen skal gi innebærer forbyggende arbeid og behandling. Loven presiserer at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling. Oppgaven som skal løses for denne pasientgruppen i samhandlingen mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten i kommunen er et godt og regelmessig munn- og tannstell for å bevare en god oral helse og å sikre nødvendig tannbehandling.

Helsedirektoratets definisjon på god oral helse (som bygger på WHO's definisjon) er: Fri for smerte, god funksjon og et sosialt og estetisk akseptabelt tannsett (Helsedirektoratet veileder God klinisk praksis 2011, www.who.int/oral_helth).

Manglende munnstell kan forårsake alvorlig sykdom. Infeksjon i munnhulen kan forårsake smerte og spredning av bakterier. Spredning av bakterier til lungene kan forårsake lungebetennelse hos pasienter med nedsatt allmenntilstand. En oversiktsartikkel fra 2008 konkluderer med at ett av ti pneumonidødsfall blant sykehjemspasienter kunne vært forhindret ved forbedret oral hygiene (Sjögren 2008).

Munnstell må være en integrert del av det daglige stellet for den enkelte pasient. Dette er nødvendig både for å ivareta pasientenes orale og generelle helse og deres verdighet og integritet. Eldre og syke som ikke selv mestrer denne oppgaven er helt avhengig av hjelp for å få dette utført. Ansvar for at dette blir gjennomført ligger hos den kommunale omsorgstjenesten med støtte og opplæring fra Den offentlige tannhelsetjenesten.

2.1 Tannhelse og munnstell hos eldre og uføre i institusjon og hjemmesykepleie på nasjonalt nivå.

Hos barn og ungdom måles tannhelse med en indeks som bygger på antall helt friske tenner, tenner med karies, tenner med fylling og tenner som er trukket ut på grunn av karies. Hos eldre kan tilsvarende indeks brukes, men oftest er det brukt grovere mål som andel helt tannløse, andel med bare egne tenner og andel med både tenner og protese. Antall tenner tilstede kan også brukes som et mål for tannhelse hos eldre.

Det er gjennomført tre nasjonale tannhelseundersøkelser blant eldre i Norge i perioden 1996 til 2004 (Ambjørnsen og medarb. 2002, Henriksen og medarb. 2003, Sosial og helsedirektoratet 2004)

Disse nasjonale undersøkelsene skiller ikke mellom pasienter i institusjon og i hjemmesykepleie. Når det gjelder tiltak for å bedre tannhelsesituasjonen hos eldre er det imidlertid flere studier som skiller disse to gruppene.

I følge Folkehelseinstituttets rapport, Tannhelsestatus i Norge (2009) viser en oppsummering av kunnskap når det gjelder eldres tannhelse at andelen med bare egne tenner har økt fra 1996 til 2004. Dette viser at det sees en bedring også blant eldre som vokste opp i en tid preget av begrenset tannhelsetilbud og dårlige muligheter for oppfølging av tannhelsen.

Tannhelseundersøkelsen blant hjemmeboende eldre viste at i Norge hadde 40% bare egne tenner (Ambjørnsen og medarb. 2002). Litt under en tredjedel (32%) var helt tannløse og resten hadde en kombinasjon av egne tenner og proteser. Andelen hjemmeboende eldre som var tannløse ble redusert med 40% fra midten av 70- og 80- tallet til slutten av 90-tallet.

Tannhelseundersøkelsen blant hjemmeboende eldre viste også at andelen eldre som var helt tannløse økte med økende alder. Det var en signifikant forskjell i tannløshet mellom eldre som var bosatt i byer og eldre som var bosatt på småsteder. De fleste eldre i byområder hadde egne tenner, mens en større andel eldre bosatte i mindre tettbebygde strøk hadde helprotese.

Den samme undersøkelsen viser også at det var signifikante forskjeller mellom regionene Sør/Øst- Norge, Nord Norge og Vest/ Midt- Norge. Nord Norge hadde den laveste andelen eldre med egne tenner og den høyeste andelen eldre med proteser.

En annen studie viser videre at 20% av de pleietrengende eldre hadde bare egne tenner, en tilsvarende andel hadde både tenner og protese, mens 53% hadde bare proteser. Den resterende andel hadde verken tenner eller protese (Henriksen og medarb. 2003). Blandt pleietrengende eldre i institusjon og hjemmesykepleie var det en større andel helt tannløse, og en mindre andel med egne tenner enn blant hjemmeboende eldre uten pleiebehov (Ambjørnsen og medarb. 2002). Undersøkelsen viser at det både blant de hjemmeboende og pleietrengende eldre var store geografiske variasjoner i tannstatus (Henriksen og medarb. 2003, Sosial og helsedirektoratet 2004)

En sammenligning av tannstatus blant eldre på sykehjem i 1996-97 og 2004 viser at andelen med bare egne tenner var høyere i samtlige aldersgrupper i 2004 enn i 1996-97, mens andelen som bare har protese var lavere. Andelen pleietrengende pasienter på institusjon og i hjemmesykepleie som var helt tannløse var høyere enn hos hjemmeboende eldre (Folkehelseinstituttet 2009).

Flere undersøkelser viser at munnstell ikke blir utført bra nok i pleie- og omsorgtjenesten (Sosial- og helsedirektoratet 2004, Anderson 2007, Folkehelseinstituttet 2009). Det gis ulike forklaringer for manglende munnstell som bl.a manglende kunnskap, ivaretagelse av personlig integritet- ikke tvinge seg på pasienten osv. Munntørighet framheves som en stor risiko for oral uhelse.

De fleste beboere på institusjon trenger hjelp og oppfølging til ivaretagelse av daglig munnstell. Studier viser at legemiddelbruken blant eldre er omfattende. Både aldring generelt, og bruk av legemidler spesielt, kan føre til munntørighet. Konsekvensene er høy sykdomsaktivitet når det gjelder karies. (Sosial- og helsedirektoratet 2004)

I en tverrsnittstudie “ Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien” ble det funnet at ingen av pasientene hadde fått tilbud om undersøkelse av munnhulen fra sykepleier eller andre i hjemmesykepleien (Fjæra 2010). Dette ble i studien ansett som en stor hindring for å bedre tannhelsen hos denne pasientgruppen. En undersøkelse av munnhulen fra sykepleier kunne ha avdekket sykdom i tenner og tannkjøtt.

Ivaretagelse av eldres tannhelse er et tiltakende problem både i hjemmesykepleien og på sykehjem (Newton 2007). Munnen er et personlig område for pasientene og mange synes det er vanskelig å pusse andres tenner. Studier viser at kunnskapsnivået hos pleiepersonalet er lavt og at dette også kan bidra til lav prioritering (Andersson 2007)

En doktoravhandling som omhandler munnhelse hos eldre i institusjon viser at bare en av tre eldre i institusjon hadde god eller akseptabel tannhelse (Samson 2009). Avhandlingen viser at tannhelsen på pasienter i institusjon generelt sett er dårligere nå enn for 20 år siden. De som bor på sykehjem i dag er sykere og langt mer pleietrengende enn tidligere. Det er flere som har tannsykdommer som karies og periodontitt og som dermed har økt behandlingsbehov. Studien viser videre at systematisk innføring av flere forebyggende tiltak ga dramatisk bedring over relativt kort tid. Samson utprøvde et nytt munn- og tannhygieneprogram ved et stort sykehjem i Bergen. Resultatet viser at munnhygienen kan bedres vedvarende gjennom personalopplæring, regelmessige hygienemålinger med tilbakemeldinger til personalet, bruk av munnstellkort, tannkontakter og tilstrekkelig tannpleierutstyr. Denne studien bekrefter tidligere studier (Strand og medarb. 2005).

De faktorene som har hatt effekt for bedret munnhelse i disse studiene fordeles på både tannhelsetjenestens og pleie- og omsorgstjenestens ansvarsområder. En forutsetning for å lykkes med slike strukturerte og systematiserte prosjekt er derfor at personell i tannhelsetjenesten og i pleie- og omsorgstjenesten samhandler.

I en studie gjort ved Universitetet i Oslo der man ønsket å måle effekten på munnhygienen ved bruk av individuelle instruksjonskort, konkluderes det med at munnhygienen ble bedret som et resultat av en pakke av ulike tiltak der munnstellkort var en av dem (Ferreira og Armingohar 2006). Munnstellkort alene bedret ikke tannhelsen. Personell i pleie- og omsorgstjenesten var helt avhengig av en tett oppfølging fra tannhelsetjenestens personell. Selv med entusiastisk veiledning var det vanskelig for pleie- og omsorgstjenesten å levere den personlige orale hygien som pasientene hadde krav på.

Flere studier har vist at undervisning og opplæring av pleiepersonalet i munnstell har gitt gode resultater i form av bedre kunnskaper og en mer positiv holdning (Frenkel og Harvey 2002, Wardh og medarb. 2003, Coleman 2005). I tillegg må mer kunnskap og praktisk trening i munn- og tannstell inkluderes i sykepleiestudiet (Fitzpatrick 2000). Faste tannkontakter som

har et definert ansvar for det daglige munnstellet ser ut til å ha en betydning for bedret tannhelse på sykehjem (Wardh og medarb. 2003). I en litteraturstudie gjort ved høgskolen i Stord/ Haugesund oppsummeres det at eldre i sykehjem vil få både bedre tannhelse og økt livskvalitet dersom sykepleiere og tannleger samarbeider mer, og setter høyere krav og standarder for munn- og tannhygiene (Colman 2005, Myrseth 2009).

Studier gjort for å undersøke risiko og hindringer i pasientens miljø som kan bidra til mangelfullt tannstell og oral sykdom hos eldre i hjemmesykepleien viser i all hovedsak de samme resultater som tilsvarende studier gjort i institusjon/ sykehjem. En studie gjort blant eldre i hjemmesykepleien i Oslo viser at de aller fleste hadde egne tenner og dermed hadde et stort behov for forebyggende tiltak og regelmessig tannbehandling (Fjæra og medarb. 2010). Rapporten konkluderer med at tannhelse bør få et mer systematisk og tydelig fokus i hjemmetjenesten. En forutsetning for bedre ivaretagelse av eldres tannhelse er endring av organisering, mer kunnskap, endrede holdninger og økt effektiv handlingskompetanse hos personell i pleie- og omsorgstjenesten. Oral hygiene i hjemmesykepleien er et sykepleieansvar. Studien påpeker at “systemet svikter” i hjemmesykepleien.

I et tannhelseprosjekt i hjemmesykepleien i Bjerke bydel i Oslo, påpekes det at den viktigste årsaken til lav dekningsgrad i hjemmesykepleien er at “systemet svikter” i forhold til å informere brukerne (Balstad og medarb.2011). Studien viser at tannhelse og munnhygiene hos brukere i hjemmesykepleien er et forsømt område. Det er mangelfull oppfølging av brukere som har behov for daglig hjelp til munnstell.

Den oppsummerte kunnskapen vi har om tannhelsetilstand (behov) og tiltak for å løse utfordringene om bedret munnhygiene i sykehjem og hjemmesykepleie viser at det er behov for et godt samarbeid mellom personell i tannhelsetjenesten og i pleie- og omsorgstjenesten for å løse felles oppgaver. Det er grunn til å tro at samhandlingsrelasjonen mellom personell i tannhelsetjenesten og i pleie- og omsorgstjenesten er selve nøkkelen til å lykkes med å få iverksatt de tiltak som er nødvendige for å bedre munnstellet til pasienter i institusjon og hjemmesykepleie.

2.2 Tannhelsetjenestens ansvar

Fylkeskommunen (ved Tannhelsetjenesten) skal i følge Lov om tannhelsetjenesten organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til gitte grupper definert i lovens § 1-3. I følge Statens helsetilsyns veileder “Tenner for livet” bør tannhelsetjenesten bistå personellet i pleie- og omsorgstjenesten slik at de kan hjelpe til med den daglige tannpleien (Statens helsetilsyn 1999). Tannhelsetjenesten har i følge veilederen ansvaret for at dette arbeidet kommer i stand, mens pleie- og omsorgstjenesten har ansvaret for den daglige gjennomføringen av tann- og munnhygiene hos disse pasientene.

Nordland Fylkeskommune har i sitt internkontrollsystem “Veiledninga” beskrevet tannhelsetjenestens oppgaver på det forebyggende og helsefremmende tannhelsefeltet for denne pasientgruppen. Formålet med tannhelsetjenestens innsats er å bistå helsepersonell i institusjon og hjemmesykepleie slik at den daglige munnpleien kan gjennomføres til det beste for pasientene.

I Nordland er det definert at denne bistanden skal gis bl.a. gjennom minimum ett årlig samarbeidsmøte (Nordland Fylkeskommune, Veiledninga). Tannhelsetjenesten skal bistå med undervisning/veiledning av personell i munnstell. De skal også gi rådgivning om hjelpemidler og munnpleieprodukter til munnstell, samt bistå ved utarbeidelse av munnstellrutiner som inngår i beboerens individuelle plan.

2.3 Pleie- og omsorgstjenestens ansvar

Omsorgstjenesten skal gi et helhetlig helsetilbud til sine beboere i institusjon og hjemmesykepleie jfr. kommunehelsetjenesteloven (Lov om helsetjenesten i kommunene 1982). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten § 3 slår fast at kommunen skal etablere et system for å sikre kvaliteten på tjenester som imøtekommer enkeltindividets grunnleggende behov (FOR- 2003). I veilederen står det eksplisitt nevnt at kommunen skal utarbeide skriftlige rutiner som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov når det gjelder nødvendig tannbehandling og ivaretagelse av munnhygien. I kommentarene til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten står det at organisatoriske forhold ikke må være til hinder for et strukturert tverrfaglig samarbeid og

nødvendig informasjonsflyt mellom faggrupper. Det bør etableres faste samarbeidsrutiner mellom lege, hjemmesykepleie og Den offentlige tannhelsetjenesten.

2.4 utfordringer framover

Tidligere var det ofte slik at mange var relativt unge da de fikk proteser. Mange eldre har i dag en tannstatus preget av fyllinger, kroner, broer og implantater. Andelen av de eldre med slike omfattende restaureringer vil øke framover. Dette vil stille store krav til tannstell hos de eldre som på grunn av svekket helse ikke selv kan ivareta sin tann- og munnhygiene. Pasienter med egne tenner vil ha et økt behov både for forebyggende tiltak og klinisk behandling. Flere tenner gir økende risiko for sykdom i munnhulen, spesielt karies og periodontitt.

Andelen eldre vil stige i årene som kommer. I løpet av de siste ti årene er antall brukere under 67 år i pleie- og omsorgstjenesten nær fordoblet. Dette forklares i Stortingsmelding 25 (2005-2006) ut fra både endrede behov, endret etterspørsel og endrede tilbud. Videre har økt kjennskap i befolkningen og i andre deler av hjelpeapparatet til hva omsorgstjenesten kan og skal yte, hatt betydning. Utviklingen følger også av en generell vekst i de aktuelle aldersgruppene og dermed også i antall personer med behov for omsorgstjenester.

Framskrivninger viser at vi vil få både flere eldre, og at morgendagens eldre vil ha flere egne tenner. Dette vil gi utslag i et økt behov for forebyggende tannhelsetjenester og godt munnstell i både institusjon og hjemmesykepleie. Dette er en utfordring for dagens systemer for samhandling og tjenestetilbud til denne pasientgruppen.

Styrende helsepolitiske dokumenter framhever behovet for koordinerte tjenester for pasientene. Omsorgstjenesten bør ha en sterkere innretning i forhold til helhetlige tjenestekjeder (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). Helsepolitiske strategier vektlegger samhandling i større grad på tvers av forvaltningsnivå nettopp for å gi koordinerte tjenester, men også for å få en bedre ressursutnyttelse på beste omsorgsnivå (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). Målet er rett behandling på rett sted til rett tid. I disse helsepolitiske strategiene blir utfordringene når det gjelder samhandling mellom forvaltningsnivåene belyst. I Helsetilsynets veileder "Tenner for livet" ble det allerede i 1999 påpekt at samarbeid mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten er nødvendig for å gi disse brukerne et tilbud som fungerer i praksis. I flere helsepolitiske dokumenter

framheves kontraktsbasert samarbeid som en ønsket formalisering av samarbeidet for å være rustet til morgendagens utfordringer. (Helsetilsynet 1999, Sosial- og helsedirektoratet - st. melding 25: 2005, st. melding 35: 2007, st. melding 47:2008)

3 Teori

I dette kapitlet omhandles teori knyttet til samhandling mellom mennesker og organisasjoner for å løse en bestemt oppgave. Teorien vil belyse ulike faktorerers betydning for samarbeid mellom mennesker og mellom organisasjoner. Teoretisk plattform er valgt med utgangspunkt i de faktorer som har kommet fram i intervjuene som viktige faktorer for å lykkes med samhandlingen mellom forvaltningsnivå og personer i organisasjonene.

3.1 Samhandling/ samarbeid

Begrepet samhandling defineres i Samhandlingsreformen som et uttrykk for helse – og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (Sosial- og helsedirektoratet 2008).

I følge Wikipedia benyttes begrepet samhandling om koordinering og gjennomføring av aktiviteter i en prosess der ingen enkeltperson eller institusjon har et totalansvar for prosessen. Prosessen må derfor finne sted i forhandlinger mellom aktørene.

Samarbeid definerer jeg mer som et forhold mellom mennesker, som i respekt for hverandres forskjellighet, kunnskaper, ferdigheter, egenskaper, erfaringer og holdninger arbeider mot samme mål på grunnlag av en felles sum av ressurser. Det ideelle samarbeid hviler på gjensidig tillit, felles ansvarsfølelse og avgjørelsesmyndighet. Samarbeid baserer seg på et likeverdig forhold.

For å løse de lovpålagte oppgavene knyttet til tannhelse og munnstell i kommunale institusjoner og hjemmetjeneste vil vi være avhengig av både samhandling og samarbeid mellom tannhelsetjenesten og kommunale samarbeidspartnere.

Å komme sammen er en begynnelse, å holde sammen er fremskritt, å arbeide sammen er suksess” Henry Ford (Beck 2001)

3.2 Mål

I organisasjonsteoriene beskrives målstyring som en av flere måter å oppnå resultater i organisasjonen på. Målstyring, ”management by objectives”, ble som teori introdusert av Peter Drucker på 1950-tallet. Målstyringstankegangen har slått igjennom i offentlige og private virksomheter. Særlig i offentlig virksomhet har den siden 1980-tallet vært en autorisert og regelbestemt måte å målrette og styre virksomheter på gjennom virksomhetsplanlegging. En norsk formulering av metodikken for målstyring er gjort av John Erik Stenberg (1987). Stenberg argumenterer for fordelene ved målstyring bl.a. ved å påpeke at det inspirerer til, eller forutsetter at bedriften arbeider med å utvikle sine mål og klargjøre dem, og at kommunikasjonen i alle ledd kan bli bedre når det er klargjort hvilke mål en har å holde seg til (Strand 2008).

Målstyring blir oftest brukt som en ledelsesstrategi for å oppnå resultater i organisasjoner. Det å sette mål for en samhandling mellom to organisasjoner kan ha en utvidet betydning i tillegg til å måle prestasjoner. Prosessen med å definere mål i en slik sammenheng kan virke avklarende i forhold til forventninger til de samarbeidende partene. Hvem gjør hva? Hvilke prioriteringer skal gjøres? Hva skal gjøres og hvordan skal det gjøres? osv. En slik prosess vil være med på å forene virkelighetsoppfattelsen av hverandres forståelse av hvilken oppgave som skal utføres og hvem som har ansvar for hva. Og til sist- hva man ønsker å oppnå med samarbeidet. Måldiskusjonen i denne sammenhengen er viktig, men kanskje prosessen dit enda viktigere.

Det å definere felles mål for to samarbeidende parter retter oppmerksomheten mot selve oppgaven. Hvis målene er akseptert hos de som skal utføre oppgaven, har de ofte den effekten at de mobiliserer til innsats og inspirerer til å tenke taktisk på hvordan en kan oppfylle dem (Strand 2008).

Som enkeltindivider setter vi oss mange mål både privat og i arbeidssammenheng. Organisasjoner setter ofte overordnede mål for sin virksomhet. Mål er styrende for både individers og organisasjoners atferd. I samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og institusjoner og hjemmesykepleien i kommunene blir utfordringen å tydeliggjøre noen felles mål for det aktuelle samarbeidet uten at de bryter med de samarbeidende organisasjoners egne mål.

Hvis mål skal være med på å styre atferden til individene, må målene være forstått og akseptert hos den enkelte. Målene må være spesifikke og tydelige og være såpass vanskelige at de inspirerer til ekstra innsats (Strand 2008).

En huskeregel for å definere mål som kan virke motiverende og få en praktisk betydning for atferden er å lage SMARTE mål. SMARTE er en huskeregel for Spesifikke, Motiverende, Ambisiøse, Relevante, Tidsbestemte og Enkle mål (Berg 2002).

Spesifikke mål betyr at de må være presise og ikke generelle eller tvetydige. Målene må formuleres slik at vi kan etterprøve dem dvs at de må være målbare. Ved evaluering av målene må vi kunne avgjøre om målet er nådd eller ikke. Formuleringer som “må bli bedre” eller “gjøre mer av” blir for diffuse og lite målbare.

Målene må virke motiverende for de som skal løse oppgaven. Dette innebærer at de må være akseptert og oppleves som forpliktende for den enkelte. Involvering/ medvirkning i prosessen med å sette målene vil ofte sikre eierskapet til målene (Berg 2002). Å stille krav kan skape motstand og uro, men inneholder alltid et element av positiv forventning om at medarbeiderne kan utføre oppgaven. Dermed er det et uttrykk for tillit og anerkjennelse (Strand 2008).

Ambisiøse mål medfører at medarbeiderne må strekke seg litt ekstra i utførelsen av oppgaven. Ingebrigt Steen Jensen (2002) skriver om ”store hårete” mål i boka Ona Fyr. Han beskriver de organisasjonene som virkelig har lyktes og som har satt seg store mål som i utgangspunktet virket i overkant ambisiøse. Han beskriver betydningen av å ha tro på egne mål og ambisjoner gjennom å definere “store hårete mål”. For lave mål indikerer for lave ambisjoner, og dette er lite motiverende å arbeide mot.

Målene må defineres på områder som er viktig for å oppnå det ønskede resultat. Målene må oppleves som relevante i forhold til de aktuelle utfordringene.

Målene må være tidsavgrenset. Hvis målene skal oppleves motiverende og meningsfylte er evaluering en forutsetning. Det må være kjent i utgangspunktet for de samarbeidende partene hvilken periode målene gjelder for og når tiden er inne for evaluering.

Det siste huskepunktet er at målene skal være enkle. Målene skal være lette å kommunisere og lette å forstå. På denne måten er det også enklere å etablere målene som kjente størrelser i den samarbeidende relasjonen slik at de får betydning hos alle som jobber med oppgaven.

Definering av målene må gjøres i et samarbeid mellom de samarbeidende partene i samhandlingsrelasjonen. Eksempler på slike spesifikke, målbare mål kan være rutine for daglig tann- og munnstell for den enkelte pasient, med oppfølgingsskjema som viser at arbeidet er utført. Standardiserte munnstellkort er utarbeidet og disse kan tilpasses og benyttes i oppfølgingen av den enkelte pasient. Kvaliteten på tann- og munnstell kan måles ved bruk av en standardisert indeks kalt BSI (belegg og slimhinneindeks). Ved hjelp av denne kan en ved gitte måletidspunkt vurdere om tannhelse og munnhygien har en forventet forbedring ut fra de tiltak som er iverksatt. Tannhelsetjenesten i Buskerud har i et samarbeid med alle sykehjem i Buskerud fylkeskommune innført BSI som måleenhet for å måle bedring i tannhelsen hos beboere i sykehjem. Systematisk oppfølging av BSI hos beboerne på sykehjem kvalitetssikrer at de får det tann- og munnstell de har behov for (Rydberg Krona 2009).

Målsetting er trolig et av de viktigste virkemidlene aktørene i arbeidslivet kan benytte for å kunne realisere ønskede resultater (Berg 2002). Generelt kan vi si at personer med klart definerte mål vil yte mer enn personer som ikke har mål å jobbe etter (Strand 2008).

3.3 Kommunikasjon

God kommunikasjon er avgjørende for å få til et godt samarbeid mellom mennesker og organisasjoner. De fleste konflikter, misforståelser og mellommenneskelige problemer har sammenheng med at kommunikasjonen ikke fungerer slik vi ønsker.

All kommunikasjon inneholder en dimensjon av relasjon mellom de kommuniserende parter. Gjennom den verbale og ikke-verbale kommunikasjonen defineres relasjonen (Fjeldstad (1995). Hvilken relasjon de kommuniserende partene har til hverandre har betydning for hvordan man kommuniserer og hvordan budskapet i kommunikasjonen blir forstått og mottatt.

En symmetrisk relasjon er en relasjon mellom parter som ser på hverandre som like eller likeverdige. Det utveksles lik atferd i denne relasjonen. Eksempler på symmetriske relasjoner er vennsforhold, søskenforhold eller forhold mellom kolleger på samme nivå i hierarkiet. Begge parter har samme status og rettigheter i forholdet. Det behøver ikke bety at all kommunikasjon mellom partene i en symmetrisk relasjon er symmetrisk. Det betyr imidlertid

at dette er en relasjon som kan bli truet av ulikhet eller konkurranse. Når en av partene tar seg til rette i relasjonen som innebærer et brudd på det symmetriske, og dette ikke anerkjennes som noe som kan gjøres av den andre part, så vil et slikt ensidig forsøk på en ny definering av relasjonen kunne bli avvist (Fjeldstad 1995).

Dette er en mekanisme de aller fleste har kjent på en eller annen gang. Det reageres ofte negativt på at noen “vet bedre”, eller vil gi råd i en kontakt som ellers innebærer symmetri og likeverdighet.

I en komplementær relasjon har partene ulike roller eller posisjoner i et mer eller mindre klart hierarki, og de utveksler, eller gir og mottar ulike typer atferd. Eksempler er lærer/elev, sjef/medarbeider eller mellom lege/pasient. Denne typen roller utfyller hverandre, og vi kan si at den ene rollen legitimerer den andre (Fjeldstad 1995).

I den tredje relasjonsformen- parallelle relasjoner- skifter partene kommunikasjon mellom symmetrisk og komplementære former. I parallelle relasjoner blir det større rom for å la situasjonen bestemme hvordan relasjonen skal defineres (Fjeldstad 1995).

Vi ser at rolledefinisjonene legger vekt på hvem som har “kontrollen” i relasjonen. Bevisstheten rundt avklaring og definering av hverandres roller kan derfor ha stor betydning for hvordan man lykkes i kommunikasjonen mellom de samarbeidende partene. Hvis den ene parten oppfatter samarbeidsrelasjonen innenfor rammen av en symmetrisk relasjon og den andre part opptrer komplementært, vil kommunikasjonen bli vanskelig og oppfattes som ovenfra og ned holdning. Dette innebærer at budskapet kommer dårligere fram til mottakeren eller at budskapet blir ikke mottatt av mottakeren.

Samhandlingen mellom tannhelsetjenesten og kommunale institusjoner og hjemmesykepleie bærer preg av denne “*parallelle relasjonen*”. I noen sammenhenger opptrer tannhelsetjenesten i en undervisningsrolle for helsepersonellet i kommunen. Opplæring i munnstell skjer både i forelesningsform og i dialogen ute på avdelingen eller i møte med hjemmesykepleien. Samhandlingen preges i andre sammenhenger av en oppgavefordeling og ulike roller i oppfølgingen av munnstellet til pasientene. Denne oppgavefordelingen må basere seg på en symmetrisk kommunikasjon der avklaringer gjøres. Parallelle relasjoner stiller høyere krav til de samarbeidende partene om rolleavklaring i situasjonen for å unngå misforståelser.

I all kommunikasjon har vi en sender og en mottaker av informasjon. Informasjonen kan være både verbal og ikke-verbal. En rekke forskjellige forhold har innvirkning på kommunikasjonen mellom mennesker. Jo mer bevisst man er hvilke mekanismer som påvirker kommunikasjonen jo lettere kan man identifisere forhold som kan være en utfordring når man opplever at kommunikasjonen blir vanskelig, og man kan lettere forebygge for en dårlig kommunikasjon.

Grunnlaget for kommunikasjon mellom fagfolk må være dialogen, samtalen. Dette høres selvfølgelig ut, men det behøver ikke være tilfelle. Dialogen er avhengig av at den ene parten snakker, mens den andre lytter. Ofte kan det skje at ingen lytter i samtalen og det som egentlig skjer i “dialogen” er at det foregår to parallelle monologer. To som snakker og ingen lytter (Lund 1994). Aktiv lytting skjer når man sender signaler til den samtalende part om at du hører og forstår hva den andre sier, og sjekker ut om du har forstått budskapet riktig (Larsen 2000).

Kommunikasjonen må fungere som en “døråpner” mellom de samarbeidende partene. Døråpnere er vi når vi signaliserer til den vi snakker med at vi er interessert, tar personen på alvor og gjerne vil høre dens mening.

Søren Kierkegaard har i sitt kjente sitat om “hjælpekunst” truffet kjernen i kommunikasjonens hemmelighet.

"At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjelpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han - men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke. Vil jeg alligevel gjøre min Mere-Forstaaen gjældende, saa er det, fordi jeg er forfængelig eller stolt, saa jeg i Grunden i stedet for at gavne ham egentligen vil beundres af ham. Men al sand Hjelpen begynder med en Ydmygelse; Hjelperen maa først ydmyge sig under Den, han vil hjælpe, og herved forstaae, at det at hjælpe er ikke det at herske, men det at tjene, at det at hjælpe ikke er at være den Herskesygeste men den Taalmodigste, at det at hjælpe er Villighed til indtil videre at finde sig i at have Uret, og i ikke at forstaae hvad den Anden forstaaer."

Fra Søren Kierkegaard, Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed, skrevet 1848

Det mest grunnleggende i dette sitatet handler om å møte den du kommuniserer med der den andre er. Sitatet beskriver hvor viktig evnen til empati er. Evnen til å forstå hva den andre

forstår, eller oppfatte hva den andre er opptatt av. Hvis vi klarer å skjønne det og starter vår dialog med å møte den andre der den andre er, er mulighetene størst for at man lykkes i kommunikasjonen. I kommunikasjonen mellom to samarbeidende organisasjoner vil denne innfallsvinkelen til dialogen ha samme gyldighet.

I samarbeidet mellom to organisasjoner kan det lett bli “konkurranse” om hvem sin agenda som er viktigst. Den “kloke” samarbeidspart er lydhør for å høre etter hvilke behov den samarbeidende part har, og hvilke tema den er opptatt av. Ved å starte dialogen på den andres premisser vil muligheten til å lykkes med å få de interessert og lydhør for egne ønsker og behov være større. På denne måten kan man enklest få innpass for egne interesser og ønsker i den samarbeidende organisasjonen.

En god kommunikasjon er avhengig av at man har en felles arena. Samhandlingen mellom de samarbeidende partene er avhengig av tid og rom for å avklare forventninger til hverandre. Hvem har ansvaret for hvilke oppgaver og hva kan man forvente av den samarbeidende part. Det er viktig at det settes av tid til å møtes for å gjøre slike avklaringer.

I samhandlingen mellom tannhelsetjenesten og sykehjemmene ligger det godt til rette for dialog og møtepunkter. Både pasientene og de ansatte befinner seg samlet i ett hus. I samhandlingen mellom tannhelsetjenesten og hjemmesykepleien er tilfellet et annet. Hjemmesykepleien bærer preg av mange deltidsstillinger, turnusordninger og vikarer. Pasientene er spredt rundt i private hjem og arenaen for å treffes er uklar og krever mye organisering.

Mellommenneskelig kommunikasjon er et svært komplekst fenomen hvor “ulike nivåer av realiteter er til stede samtidig” (Fjeldstad 2000).

Når personer fra ulike organisasjoner skal samarbeide er det flere kompliserende faktorer som spiller inn for at kommunikasjonen skal lykkes.

3.4 Organisasjonskultur og konsulentrollen

Tannhelsetjenesten og omsorgstjenesten representerer to ulike organisasjonskulturer. I dette kapitlet vil vi se litt nærmere på hvilke utfordringer dette kan bringer inn i samarbeidet og på hvilken måte organisasjonskultur kan påvirke en samarbeidende relasjon.

Organisasjonskulturer kan oppfattes som et dyptliggende og stabilt element i organisasjoner, men kan også oppfattes som mer eller mindre bindende retningslinjer eller overfladisk staffasje (Strand 2007).

Begrepet organisasjonskultur kan ha mange forskjellige typer innhold og brukes ofte uten nærmere definisjon. De fleste vil kunne enes om at organisasjonskultur handler om det store fellesskapet, at det er en felles ramme for forståelse og verdsetting blant organisasjonens medlemmer og et uttrykk for hva organisasjonen står for. Organisasjonskulturen vil i noen grad reflektere identiteten til organisasjonen.

De immaterielle verdiene i en organisasjon handler om relasjonene mellom menneskene og hva som styrer ens tankesett i forhold til oppgaven som skal utføres. De mest vanlige måtene å definere organisasjonskultur på er å definere verdier, uttrykke visjoner, lage retningslinjer for samarbeid og atferd innad og utad og gjøre organisasjonen gjenkjennelig og karakteristisk ved erklæringer, logoer og andre ytre kjennetegn (Jensen 2002, Strand 2007).

Kjennetegn ved organisasjonskultur kan være felles oppfatninger innenfor felles meningsrammer. Dette kan handle om dyptliggende antagelser som ikke er direkte observerbare. Organisasjonskulturen kan inneholde verdier og normer som er retningsgivende for oppfatninger, handlinger og verdsetting. Identisk betydning av symboler, handlinger, gjenstander og hendelser er et vanlig fenomen i organisasjoner. Kulturer kan bestå av både kognitive og emosjonelt forankrede elementer som er tillært over tid. Organisasjonens kulturelle ramme gir de ansatte mulighet til å håndtere usikkerhet og krise og den er et viktig filter for å tolke omverdenen gjennom (Hatch 2001, Hofstede 2001).

En leder skal samle mennesker om en virksomhetsidé. Det er viktig å skape interesse, innsatsvilje, trivsel og glede. Lederen skal sammen med sine medarbeidere skape en bedriftskultur som gir utfordringer og omsorg, og som inneholder visjoner som er verdt å tro på (Fløistad 2005).

Det er en nokså utbredt oppfatning at en sterk kultur er en viktig komponent for å lykkes.

”Å bygge en sterk stammekultur der mennesker drar lasset sammen og i samme enden av tauet, krever både et felles begrepsapparat og et kraftfullt innhold i apparatet. Men først og fremst krever det noe så enkelt som glede.” (Jensen 2002:31)

Følelsen av lojalitet, oppfatningen av felles mål og vissheten om at man står sammen om “noe” skaper en følelsesmessig oppfatning om tilhørighet og gir en binding til organisasjonen. Hvis organisasjonen lykkes med å knytte medarbeiderne til denne felles kulturforståelsen vil dette kunne virke motiverende og bidra til innsats i organisasjonen. I forståelsen av organisasjonskultur handler det om innarbeidede normer, verdier, relasjoner mellom mennesker og hvordan atferd og gjenstander fortolkes. De skjulte eller mindre bevisste antagelsene og fortolkningene av hva forskjellige hendelser og uttrykksformer skal bety, kan ofte skape problemer i samhandlingen med personer utenfor egen organisasjon.

Helt konkret har dette vist seg tydelig i store fusjonsprosesser, der store organisasjoner har slått seg sammen. SAS og Braathen fikk i sin tid kjenne på utfordringene med to ulike organisasjonskulturer og tenkemåter som ikke uten videre var forenelige. Det samme har vi nå sett i etableringen av NAV. NAV-prosessen har vært vanskelig på mange måter, men prosessen har helt tydelig vist betydningen av at selv om offisielle mål og tekniske sider harmoniseres, så vil virkelighetsoppfattelsen fra de ansattes opprinnelige organisasjoner sprike i en slik sammenslåingsprosess og skape problemer og hinder i etableringen av et felles tankesett.

Man kan tenke seg at de samme mekanismene vedrørende ulik virkelighetsoppfattelse mellom personer vil kunne oppstå når man representerer ulike organisasjonskulturer i en samarbeidende relasjon.

I samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten er det ofte tannhelsetjenesten som kommer som gjest inn i den kommunale organisasjonen. Organisasjonskulturen kan være forskjellig på de ulike sykehjem og i kommunens hjemmetjeneste.

Når tannhelsetjenesten skal jobbe i disse organisasjonene skal de være bevisst sin rolle som “gjest”, enten i form av konsulent, veileder eller lærer i en undervisningssituasjon. Når man skal arbeide i en “fremmed” organisasjon så er det av betydning at man gjør seg kjent med

organisasjonens innhold, oppgaver, struktur (rammene, oppbygging og ledelsesform) og den kulturen som preger organisasjonen, måten ting fungerer på og atmosfæren. Man må danne seg et bilde av organisasjonens oppbygging. Alle enhetene har sin egen kultur, dette handler om de normer og regler som gjelder i den aktuelle enheten. De skrevne og uskrevne lovene, som betinger “husets” funksjon og hvordan disse praktiseres (Lund 1994).

Det er vanskelig å komme inn i og å forholde seg til en samarbeidende organisasjon med mange skjulte regler og skjult dagsorden og uklar ledelsesstruktur. I en organisasjonskultur med mange tabuer og skjulte dagsordener kan det være lett å trø feil. Det er derfor viktig at enhver som skal gjøre en jobb i en annen organisasjon setter seg inn i hvordan denne fungerer.

“Det er viktig for konsulenten at have et kort over landet, som vedkommende skal ind i, eller – endnu bedre – en indfødt fører.” (Lund 1994:47)

Mogens Lund beskriver viktigheten av å gjøre seg kjent med organisasjonen man skal samarbeide med og skaffe seg en legitimitet for den jobben man skal gjøre i den samarbeidende organisasjonen. Det er viktig å skaffe seg et sikkert ståsted og å ha minst en kontaktperson som man kan kommunisere godt med, og som kan orientere en om organisasjonens indre forhold.

“Vejen ind i organisasjonen går gennem hoveddøren og foregår åbent og ved fuldt dagslys i overensstemmelse med ledelsens ønsker” Lund (1994:48)

En konsulent, veileder eller lærer som skal inn i en samarbeidende organisasjon må komme på ledelsens premisser. Det er viktig at kontakten og oppdraget er avklart med ledelsen og er gitt sin tilslutning fra ledelsen, ellers vil gjestens inntreden i organisasjonen skape usikkerhet og uro. Hvis man blir oppfattet som en velkommen gjest, vil det være lett å arbeide i motsetning til hvis man er ikke-ønsket eller oppfattes som en inntrengende gjest.

Når man har dannet seg et bilde av den samarbeidende organisasjon og skaffet seg en legitim inntreden i organisasjonen, må man bestemme seg for hvordan man skal forholde seg til organisasjonen. Selv om det er av avgjørende betydning at konsulenten har fått sin legitimitet gjennom ledelsen, så må man forholde seg til organisasjonens medlemmer som helhet. Tannhelsetjenestens rolle og arbeidsmåte i samarbeidet vil være avhengig av organisasjonens (institusjonen/ omsorgstjenesten i den aktuelle kommunen) kultur. I en liten institusjon der

prosessene er demokratiske og åpne og medarbeiderne er engasjerte vil arbeidsformen preges av involvering, likeverdighet og gjensidighet i oppgavene som skal løses. I den mer autoritære enheten må man mer legge vekt på at man er ledelsens mann. Formaliteter og avtaler må nøye overholdes og samarbeidet med ledelsen vil være helt avgjørende for å få gjort en jobb i en slik organisasjon (Lund 1994).

Samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og kommunenes institusjoner og hjemmetjeneste skal utvikles over tid. Det er derfor viktig med faste evalueringsmøter slik at forhold som kan være et hinder for det gode samarbeidet kan drøftes og finne sin løsning underveis i arbeidsprosessen. På denne måten kan man også lettere avklare forventninger og ansvars plassering til de samarbeidende partene.

Gode råd til en som skal inn i en samarbeidende organisasjon:

Vær omhyggelig med din kontakt med den samarbeidende organisasjon (mottakerenheten), spesielt til ledelse og kontaktperson. Ha et klart mandat, en klar arbeidskontrakt. Det hjelper å ha en god hjemmebase. Vær en god gjest og krev godt vertskap. Kjenn dine ansvars og maktforhold og vær åpen i forhold til dem. Evaluer med faste mellomrom og rydd opp i konflikter og uklarheter underveis. Skap kontinuitet, start hver gang med en siden sist –runde (Lund 1994).

4 Metode

Innledningsvis i dette kapitlet vil jeg begrunne valg av metode samt beskrive hva som kjennetegner kvalitativ tilnærming til forskningsspørsmålene.

Jeg ønsker i denne oppgaven å analysere og å få fram kunnskap om hva som kan påvirke samarbeidsrelasjonen mellom tannhelsetjenesten og kommunene.

Kvalitativ metode er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelser og analyser av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres (Malterud 2008).

Kvalitativ metode er best egnet til å prøve å forstå fenomeners egenart. Den hjelper oss til å lete etter kunnskap som viser oss hva noe består av, hvordan det kan avgrenses, hva det kan kalles og hvordan det forholder seg til noe annet. Økt forståelse er viktigere enn å forklare og målet er å beskrive ikke predikere (Malterud 2008).

Ved valg av kvalitativ metode kan det være en svakhet at studien har få informanter. Materialet i studien representerer de valgte informantene. Gyldigheten av funnene ville blitt forsterket hvis representasjonen av informanter hadde vært bredere og flere.

4.1 Etiske betraktninger

Studien er godkjent av NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS) personvernombud for forskning. Lydopptak slettes og opplysningene anonymiseres etter prosjektslutt. Alle opplysningene behandles konfidensielt og er anonymisert både i bearbeidelse av data og i selve masteroppgaven. Studien har få informanter og miljøet i tannhelsetjenesten er transparent og lite. Muligheten for at enkelte lesere kan vite hvem informantene er, kan muligens være tilstede. Oppgavens problemstilling oppfattes ikke som spesielt sensitiv, men det er et mål å ivareta anonymiteten også for at ikke andre oppfatninger om informantene kan farge forståelsen av det som blir sagt i intervjuene. Det er et ønske at materialet skal snakke for seg selv.

I rekrutteringen av informanter (kp.4.3.1) ringte jeg informantene og gav en kort orientering om prosjektets hensikt med spørsmål om de kunne være interessert i å delta i studien. Ved bekreftelse på denne samtalen sendte jeg ut informasjonsskriv med samtykkeerklæring (vedlegg 7.1). Informantene ble orientert i starten av intervjuet om sine rettigheter til å trekke seg fra studien, og hvordan informasjonen i studien ville bli behandlet jfr. informasjonsskrivet.

4.2 Forskningsdesign

I dette kapitlet vil jeg forklare min vei gjennom forskningsprosessen, hva som skal undersøkes og hvordan prosjektet skal gjennomføres. Jeg vil belyse de valg jeg har gjort og hvordan veien har blitt til underveis i prosessen.

Etter valg av problemstilling startet jeg forskningsprosessen med å reflektere over mitt eget ståsted i forhold til problemstillingen. Bruk av loggbok har vært et nyttig hjelpemiddel for å ta vare på tanker og refleksjoner underveis i prosessen.

For å belyse problemstillingen ble det gjort et utvalg av informanter ut fra bestemte kriterier (kp 4.3.1). Målet med det aktuelle utvalget var å få frem mest mulig relevant kunnskap der også variasjonsbredde i informantenes kunnskap og erfaring ble ivaretatt.

Det kvalitative forskningsintervjuet ble valgt som metode (kp 4.3) for på denne måten å belyse problemstillingen slik at nyanser og mangfold som kommer fram i intervjuene kan bidra til å øke kunnskapen og forståelsen av problemstillingen.

Valg av teoretisk referanseramme er kommet til underveis i forskningsprosessen. Etter hvert som materialet og analysen har vokst fram har jeg lett etter teoretiske referanser som kan fungere godt i samspill mellom problemstilling og materialet (Malterud 2008).

4.2.1 Forskerens rolle i prosessen

Prosjektets problemstilling er å se på hvilke faktorer som påvirker samhandlingsrelasjonen mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten. Min posisjon som leder i tannhelsetjenesten, som representerer en av de samhandlende partene, vil naturlig nok påvirke hva jeg ser og legger vekt på i materialet. Jeg har forsøkt å identifisere min egen forforståelse og lagt vekt på at materialet skal få tale med sin egen stemme underveis i prosessen så langt dette er mulig. Jeg har forsøkt å forholde meg bevisst til min egen rolle og påvirkning av materialet både i prosessen og intervjusituasjonen. Dette er konkret gjort i intervjusituasjonen med å avklare overfor informantene hvilken rolle jeg har i min daglige jobb som leder kontra min rolle som forsker i selve forskningsprosessen. Denne avklaringen var nødvendig og nyttig i informasjonsinnhenting. I analysen av data har jeg diskutert materialet sammen med en utenforstående person, for å redusere påvirkningen av egen forforståelse.

I selve intervjusituasjonen hadde jeg en personlig relasjon til to av informantene i form av at jeg er deres øverste leder i organisasjonen. Jeg har ingen daglig omgang med informantene og er heller ikke deres personalleder. Likevel kan denne relasjonen ha betydning for hvordan informantene formulerte seg og hvilke faktorer de la mest vekt på i intervjuet.

4.3 Intervju som metode

Bruk av intervju er definert som en kvalitativ metode. Det kvalitative forskningsintervju forsøker å forstå den aktuelle problemstillingen fra intervjupersonens side, å få fram betydningen av folks erfaringer (Malterud 2008). Det ble utarbeidet en intervjuguide/sjekkliste (vedlegg 7.2). Denne hadde som formål å fungere som en huskeliste med stikkord og temaer som jeg ønsket å sjekke ut med informantene. Siden kvalitativ metode er induktiv, var det viktig for meg å være åpen for elementer som jeg ikke hadde tenkt på. I alle intervjuene ble det lagt vekt på at de faktorer og rammebetingelser i hht intervjuguiden som informantene var opptatt av, ble viet størst oppmerksomhet i intervjuet. Alle informantene berørte alle temaene i intervjuguiden/sjekklisten. Noen spørsmål fikk større oppmerksomhet enn andre avhengig av informantens opplevelser og erfaringer i forhold til problemstillingene.

Tidspunkt for intervju var avtalt med informantene i god tid. Intervjuene ble gjennomført på informantenes respektive arbeidsplasser. Det var satt av ca en og en halv time til intervjuene. Selve intervjuet var beregnet til en klokke time. Alle informantene hadde sørget for en skjermet stund uten avbrytelser fra andre. Intervjuene ble tatt opp på lydfil på medbrakt PC. Lydfilene hadde god kvalitet.

Intervjuene bar preg av at informantene forteller og intervjuet hadde en deskriptiv orientering, der målet var å sikte mot å få frem rikest mulig beskrivelser, der informantens egne ord skapte bildene (Malterud 2008). Spørsmålene ble ikke stilt i samme rekkefølge eller med samme ordlyd i alle intervjuene. Noen spørsmål ble ikke stilt, fordi informanten berørte temaet i en annen sammenheng (Malterud 2008).

Det opplevdes som en utfordring å klare å stille så åpne spørsmål at ikke egen forforståelse av temaet skinte “igjennom”. Noen av informantene hadde mange refleksjoner knyttet til de respektive temaer, mens andre hadde mindre å komme med. Det var en avveining om hvor mye jeg skulle spørre om det enkelte tema når refleksjonene var få og informasjonen liten til et tema. Lite informasjon om et tema kunne være betinget av manglende interesse for temaet, manglende erfaring eller fordi at informanten ikke opplevde det som viktig.

Identifisering av egen forforståelse ble tydeliggjort for intervjuer underveis i intervjuprosessen.

Intervjupersonen blir omtalt som “informant” i denne oppgaven.

4.3.1 Valg av informanter

Det er et ønske i studien å få fram størst mulig informasjonsrikdom i materialet. Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra den målsettingen at materialet har potensiale til å belyse den problemstillingen vi vil undersøke (Malterud 2008). Det var ønskelig å komme fram til et knippe informanter som hadde ulike innfallsvinkel og rolle/ ståsted i forhold til problemstillingen. Det var ønskelig å få informanter fra både tannhelsetjenesten og personer som representerte hjemmesykepleie og institusjon i kommunen. Det var samtidig et mål å lete etter informanter som hadde kunnskap om problemstillingen og samtidig evnen til å reflektere over de utfordringer problemstillingen forsøker å belyse. Det var også et ønske om å få

informanter fra ulike kommuner, for å sikre at informasjonen kan ha relevans utover en aktuell samarbeidsrelasjon.

Informantene ble valgt etter sondering og tips fra tannpleiere i egen organisasjon som til daglig samarbeider og kjenner personene i pleie- og omsorgstjenesten.

Det er valgt fire informanter for å dekke de viktigste inklusjonskriteriene som er beskrevet ovenfor. Alle informantene er kvinner, informantenes bakgrunn er:

To tannpleiere fra tannhelsetjenesten. Begge har lang erfaring hhv (15 og 25 år) med samarbeid med pleie- og omsorgstjenesten. Informantene jobber ikke på samme klinikk, og samarbeider ikke med de samme institusjonene, men arbeider i samme kommune.

En avdelingsleder (sykepleier) på et sykehjem i annen kommune. Hun har vært avdelingsleder i flere år og har i denne rollen et godt innarbeidet samarbeid med tannhelsetjenestens personell i den aktuelle kommunen.

En sykepleier (områdeleder) som er ansvarlig for organisering av hjemmetjenesten i den aktuelle kommunen. Denne informanten har tidligere vært styrer på et sykehjem og har også jobbet med fagutvikling for alle ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. Hun har lang og bred erfaring med den aktuelle problemstillingen. Hun arbeider i samme kommune som begge tannpleierne.

Hadde dette vært et større forskningsprosjekt ville det vært interessant å intervju flere informanter slik at jeg sikret meg en bredest mulig representasjon av informasjon. Studien har imidlertid en begrensning i sin størrelse og omfang og det er vurdert slik at fire informanter dekker de viktigste inklusjonskriteriene.

Alle informantene som ble spurt om å delta i studien takket ja.

4.4 Generaliserbarhet

Et spørsmål som stadig blir stilt i forbindelse med intervjustudier er hvorvidt funnene er generaliserbare (Kvaal & Brinkmann 2009). Generaliserbarhet er et begrep som kan invitere til urealistiske assosiasjoner om allmenngyldig overførbarhet. Overførbarheten har alltid sine

begrensninger (Malterud 2008). Jeg velger derfor å benytte begrepet overførbarhet som i seg selv impliserer at det finnes mange begrensninger.

Denne studien tar utgangspunkt i enkeltpersoners opplevelse av samhandlingsrelasjonen mellom kommunens pleie- og omsorgstjeneste og tannhelsetjenesten. Materialet representerer de aktuelle informantenes oppfatning av problemstillingen. Overførbarheten i funnene ville vært styrket ved en bredere representasjon av informanter. Materialet i studien er rikt på informasjon, variert og mangfoldig noe som styrker overførbarheten (Malterud 2008). Overførbarheten er avhengig av hvorvidt funnene gir mening utover seg selv (Malterud 2008). Noen av funnene i denne studien understøttes av funn i tidligere studier, noe som styrker gyldigheten av de funn som er gjort.

4.5 Reliabilitet

Reliabilitet henviser til hvor pålitelig resultatene er med henblikk på forskningsfunnenes konsistens. Reliabiliteten er sikret blant annet med at lydopptakene av intervjuene er skrevet ordrett av. Prosjektleder har gjennomført alle intervjuene og transkribert materialet selv. Materialet er diskutert og Spørsmålsformuleringene ble i utgangspunktet forsøkt stilt som åpne spørsmål for å unngå å påvirke i noen bestemt retning. Temaene i intervjuene fikk ulikt fokus avhengig av hva informantene var mest opptatt av.

4.6 Validitet

Med validitet menes hvorvidt en intervjustudie undersøker det den er ment å skulle undersøke.

Funnene i oppgaven representerer informantenes oppfatning av spørsmålene som ble stilt i intervjuet. Informantenes ståsted og perspektiv til problemstillingen som er belyst er forskjellig. Dette sikrer en bred innfallsvinkel til problemstillingen. Diskusjonen som tar utgangspunkt i analyse og teoretisk referanseramme gir svar på forskningsspørsmålene og validiteten anses dermed ivaretatt.

4.7 Bearbeiding av data

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett i word-format. Prosessen med transkriberingen bidro til å bli enda bedre kjent med materialet og gjennomlesning av det transkriberte materialet gav et godt helhetsinntrykk (Malterud 2008). Meningsbærende enheter ble så markert i teksten med ulike fargekoder ved gjennomlesning. De meningsbærende enhetene ble valgt ut fra at jeg leste materialet i lys av forskningsspørsmålene. De meningsbærende enhetene ble så systematisert og gjort om til koder (Malterud 2008). Materialet ble lest på nytt i lys av de kodene jeg hadde funnet som de mest fremtredende i materialet. Hver kode ble skrevet ut manuelt i nye word-dokumenter og systematisert med tilhørende tekst på nytt. Tekstbitene ble markert med kandidatnummer og tidsangivelse på lydopptak, slik at de var lett identifiserbare til sin opprinnelige kontekst. Innenfor enkelte kodegrupper ble det også opprettet subgrupper (Malterud 2008). Materialet var rikt på informasjon og kodegruppene måtte revurderes flere ganger. Flere tekstbiter hadde relevans for flere av kodegruppene, og noen sitater ble derfor kodet på flere kodegrupper. Kodingen innebar en dekontekstualisering av materialet (Malterud 2008).

Disse kodegruppene ble kodet med følgende undergrupper:

Hovedgruppe	Undergruppe
Forankring	Ledelse, Kontraktsbasert, Lovhjemmel
Eierskap/ personlig engasjement	Personavhengig
Ansvarsplassering og forventning	Kontrollfunksjon, Pucher rolle, Holdning
Samarbeid – hva er det?	Praktisk organisering, Organisatoriske utfordringer
Betydningen av definerte mål	Egen målforståelse
Betydningen av kjennskap til hverandres organisasjon	To forvaltningsnivå, Økonomiske incentiver , stabil bemanning

Kompetanse for å utføre den oppgaven som er pålagt	
Kjente og tydelige prosedyrer og retningslinjer	
Folkehelsekoordinators betydning	

Intervjuene og kodegruppene ble gjennomgått og gjennomlest sammen med ekstern diskusjonspartner for på denne måten å sikre reliabiliteten og redusere påvirkning av min egen forforståelse. Noen kodegrupper hadde mye informasjon og andre mindre. Etter rekoding av materialet endret kodegruppene seg til følgende hovedgrupper:

Forvaltningsnivå og organisatorisk tilhørighet, Økonomi, Kontraktsbaserte forhold, Forankring i ledelsen, Mål, Eierskap/ personlig engasjement, Rutiner og systematikk, Kompetanse og Forventninger til den samarbeidende part.

Innenfor hver kodegruppe ble sitatene samlet i mindre grupper som omhandlet samme vinkling på temaet. I prosessen for å finne undergruppene ble det stilt spørsmål til materialet. Hva forteller materialet meg om denne problemstillingen? Materialet ble så lest i lys av disse spørsmålene og organisert i forhold til det (Malterud 2008). I analysen er enkelte sitater fra disse undergruppene brukt for å eksemplifisere informantenes forståelse og refleksjoner rundt problemstillingen, mens resten av teksten er dradd sammen til kondenserte tekstbiter, som gir en beskrivelse av informantenes samlede tanker og refleksjoner av temaet (Malterud 2008).

Mine refleksjoner knyttet til informantenes beskrivelse av de ulike temaene som belyses kommenteres bare kort i analysekapitlet.

I diskusjonsdelen kommer mine kommentarer tydeligere til uttrykk og her har jeg benyttet funnene fra analysedelen og drøfter disse opp mot aktuell teori.

5 Analyse og refleksjon

Informantenes ståsted og utgangspunkt for å svare på problemstillingen er forskjellig. De representerer ulike forvaltningsnivå og ulike roller i forhold til oppgaven som skal løses. Oppgaven er å levere gode forebyggende tannhelsetjenester og godt munnstell til institusjonspasienter og pasienter med hjemmesykepleie for å bevare en god oral helse. Utvalget av informanter viste seg å gi stor spennvidde i informasjon om hvordan problemstillingene oppfattes fra de ulikes ståsted.

I dette kapitlet vil jeg først ta for meg informantenes forståelse av begrepet samarbeid (5.1), deretter vil jeg ta for meg forskerspørsmålet og se hvordan informantene vektlegger betydningen av ulike faktorer som har betydning for å få til et godt og systematisk samarbeid mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten. (5.2, 5.3)

5.1 Informantenes forståelse og definisjon av begrepet samarbeid.

Alle informantene opplever tema for intervjuet og problemstillingen som viktig og relevant. I intervjuene fremkommer det hvordan de selv definerer begrepet samhandling/ samarbeid.

(Sitater fra informantene markeres med kursiv)

“Samarbeid slik som jeg tenker det overfor institusjon eller hjemmesykepleie er at vi har et felles mål som vi ønsker felles å løse”

“..de bruker oss og vi bruker dem- det er det jeg mener med samarbeid”

“Samarbeid for meg er at pasienten er i fokus, og det beste fra alle parter til pasienten.....et kvalitetssikret system som gjør at pasienten får den behandlingen han skal ha enten det gjelder et liggesår eller det gjelder tannrøte....

“Det handler om å ha kontakt med hverandre og å kjenne til hverandre”

“Det er det at høyrehanden vet hva den venstre gjør”

Alle informantene definerer samarbeid som noe som representerer en handling der begge parter yter sin del for at det ønskede resultatet skal oppnås. Begge parter må bidra. Det kommer likevel fram i intervjuene at denne samhandlingsrelasjonen har vært vanskelig å få til å fungere.

“...vi har da virkelig prøvd i mange år, men det har vært vanskelig å finne nøkkelpersoner, vært vanskelig å finne interessen”

“Vi har jo jobbet nå snart i et par ti-år med gruppe C. Jeg tror nok noen av oss synes at dette arbeidet har vært nokså tungrodd. Vi har på en måte måtte presse oss inn.”

5.2 Rammebetingelser

Hvilken betydning kan rammebetingelser ha for samhandlingen mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten i kommunene?

Rammebetingelser defineres som strukturelle forhold som f.eks forvaltningsnivå, intern organisering, økonomi og kontraktsbaserte forhold.

5.2.1 Forvaltningsnivå og organisatorisk tilhørighet

Informantene ble spurt om de trodde organisasjonsmessig tilhørighet hadde noen betydning for samarbeidsrelasjonen. Bare en hadde tenkt gjennom denne problemstillingen på forhånd. De andre reflekterte litt rundt denne spørsmålsstillingen for første gang i intervjusituasjonen.

“På samarbeidsnivå på pasientnivå så tror jeg ikke dette er til noe stort hinder. Jeg tror utfordringene sitter lengre opp i systemet”

“Jeg må si at jeg tror utfordringen bunner i at vi er to forskjellige etater. Jeg vet ikke det eierforholdet, det er akkurat som om når de kommer med pasientene til oss, de avleverer.. Munnhula er fylkeskommunen og kroppen er kommunen”

Mange informanter mener at ulike forvaltningsnivå ikke har noen betydning for samarbeidet mellom tannhelsepersonell og kommunene på pasientnivå. Flere gir uttrykk for at i det praktiske arbeidet så er oppgavefordelingen det viktigste og at man kan etterspørre tjenester

hos den samarbeidende part. De opplever at de har hver sine oppgaver og de blir ivaretatt uavhengig av organisasjonsmessig tilhørighet. Oppgavene ville vært de samme om de samarbeidende partene hadde vært kommunal. Noen undrer seg over om en felles organisatorisk overbygning kanskje kan ha en betydning som eksemplifiseres i begrepet “lenger opp i systemet”.

Informantene vektlegger kjennskap til hverandres organisasjon som positivt, men nedtoner betydningen av ulik organisasjonstilhørighet. En av informantene mener imidlertid at dette kan ha en betydning. Hun opplever i sitt samarbeid med kommunen at personell i pleie- og omsorgstjenesten har et manglende eierforhold til oppgaven som skal løses vedrørende tannhelse og munnhygiene.

“Vi har noen utfordringer i forhold til hjemmetjenesten, det er ikke nødvendigvis deres system det skorter på. Man er jo på offensiven, men det er jo slik at man av og til kanskje skyter veldig skjeft. Man kontakter de feile personene, og man er ikke nøye nok med at de rette er tilstede.

“Vi kanskje leter etter nye ledd i kommunesystemet for å få større gjennomslagskraft”

“Det at vi ikke har god nok kjennskap til kommunen er nok litt av årsaken til at det har vært så vanskelig å få til et samarbeid. Vi har ikke hatt nøkkelpersoner å forholde oss til.

Flere av informantene formidler at det er viktig å ha god kjennskap til organisatoriske strukturer i de samarbeidende organisasjonene. De formidler at manglende kjennskap til den samarbeidende organisasjonen skaper usikkerhet til hvor man kan henvende seg og hvem man skal kontakte for å finne de rette samarbeidspersonene – nøkkelpersonene. Flere informanter gir uttrykk for de ikke helt vet hvordan de skal “gripe an” samarbeidet, og manglende kjennskap til den samarbeidende organisasjonens oppbygging og ledelsesstruktur oppfattes som en av årsakene til at samarbeidet ikke fungerer så godt.

Oppsummering:

Her ser vi at hovedinntrykket fra informantene er at samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og kommunene ville vært det samme uavhengig av organisatorisk forvaltningsnivå. Det at tannhelsetjenesten og omsorgstjenesten befinner seg på hvert sitt forvaltningsnivå oppfattes ikke som en praktisk hindring til samhandlingsrelasjonen. Tannklinikken er et “hus” for seg

selv og deres oppgaver er klart definerte uavhengig av politisk og administrativ ledelse. Noen informanter tror imidlertid at forvaltningsnivå kan ha en betydning på ledernivå. Jeg tolker disse utsagnene dit hen at overordnede strategiske beslutninger kunne ha blitt påvirket, mens i det daglige ville det utøvende ledd ikke merket noen endring.

Det som utpeker seg som en betydningsfull faktor for å få til et godt samarbeid mellom tannhelsetjenesten og omsorgstjenesten er kjennskap til hverandres organisering. Det er oftest slik at det er tannhelsetjenesten som trer inn i kommuneorganisasjonen som gjest, konsulent og lærer, ikke motsatt. Tannhelsetjenestens personell gir uttrykk for at de ikke vet hvem kontaktpersonene er, og hvordan de skal få innpass i de samarbeidende organisasjoner.

5.2.2 Økonomi

Informantene ble spurt om de trodde økonomiske rammebetingelser eller økonomiske incentiver kunne ha noen innvirkning på samarbeidsrelasjonen mellom tannhelsetjenesten og kommunene.

Flere ressurser til omsorgssektoren- dvs flere hender i arbeid, vil dette være en viktig faktor for å bedre nivået på munnstellet i institusjon og hjemmesykepleie?

Økonomiske incentiver i tjenesteproduksjon kan være med på å skape en vridningseffekt i tjenesteproduksjonen. Hvis det lønner seg å utføre enkelte oppgaver framfor andre kan dette være med på å vri aktiviteten i den ønskede retningen.

“Uansett hva som sies så gjør jo vi det som skal gjøres på vårt nivå uavhengig av hvem som betaler det, om det er kommunalt nivå eller fylkeskommunal nivå. Det er ikke noe man “belemmrer” (bryr seg om) seg med i det hele tatt. “

Flere av informantene gir uttrykk for at de ikke har noe forhold til økonomiske rammebetingelser. Jeg forstår informantenes utsagn slik at de i det daglige ikke blir involvert i økonomiske forhold og derfor ikke har noe forhold til hvordan og hvem som dekker kostnadene.

“Vi har jo en frihet i arbeidet vårt til å gjøre det som er viktig, uten at det skal skrives noen regning, eller at det skal flyttes noen penger, eller at vi skal krangle om hvem som skal betale.”

Her ser vi at informanten opplever at så lenge hun kan utføre jobben hun er satt til, så er det en lettelse å slippe å tenke på økonomien og hvem som betaler. Utsagnet hennes kan oppfattes slik at en registrering som skulle gitt grunnlag for en takst eller en faktura bare ville vært plundrete og slitsomt å forholde seg til.

“Jeg tror penger er en dårlig påvirkningsfaktor, i mine ører. Mulig det er nødvendig, men for å skape motivasjon så er ikke økonomien den rette faktoren.”

Her ser vi at informanten ikke tror på økonomiske incentiver for å øke aktiviteten på munnstell i pleie- og omsorgstjenesten. Informanten gir uttrykk for at økonomi ikke er en positiv påvirkningsfaktor for de som utfører oppgavene i det daglige. Økonomiske virkemidler oppfattes som en negativ motivasjonsfaktor for de som skal utføre jobben.

“Og det er så lett å tenke, har man bare vært flere folk så ville vi gjort en bedre jobb, men jeg tror ikke det er slik det er. At det ville vært bedre hvis man var flere folk og det hadde vært bedre økonomi.”

En av informantene uttrykker helt tydelig at hun ikke har tro på at bedre økonomiske rammebetingelser vil bidra til at munnstell blir høyere prioritert i omsorgstjenesten.

Oppsummering:

Jeg fant at ingen av informantene uttaler seg positivt til at økte økonomiske rammer i kommunal sektor har betydning for oppgaveløsningen på tannhelsefeltet i pleie- og omsorgstjenesten. Økonomi som et incentiv for å få til en vridning av oppgavene til mer fokus på munnstell er det heller ingen som har tro på.

Det er noe overraskende for forsker at ikke kommunens personell er mer opptatt av økte rammer for å få løst flere oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten. De gir imidlertid uttrykk for at det mer handler om holdninger hos den enkelte medarbeider og “fokus” på det arbeidet som skal gjøres. Med fokus tolker jeg at informantene mener hvilke oppgaver som blir gitt oppmerksomhet i organisasjonen og som blir vektlagt som viktige arbeidsoppgaver. Økte rammer og flere hender i omsorgstjenesten vil derfor ikke automatisk medføre større

oppmerksomhet når det gjelder brukernes tannhelse. Informantene gir uttrykk for at dette “fokuset” ikke påvirkes av økonomiske virkemidler. Finansieringsordninger har de i utgangspunktet ikke noe forhold til.

“Det du har fokus på – det du gir fokus, det er det som får fokus. “

Vi ser her at ønsket økt “fokus” på munnstell og forebyggende tannhelse i pleie- og omsorgstjenesten vil påvirkes av andre faktorer enn økonomi.

Informantenes uttalelser vedrørende økonomi sammenfaller selv om de som uttaler seg har ulik posisjon og roller i de samarbeidende organisasjoner. To av informantene er ledere i kommunal sektor og har til daglig budsjettansvar.

5.2.3 Kontraktsbaserte forhold

Informantene ble spurt om de tror skriftlige samarbeidsavtaler ville bidratt til et mer forpliktende samarbeid mellom tannhelsetjenesten og kommunene.

“Jeg tror det ville vært svært viktig med samarbeidsavtaler. Vi har ikke hatt det, men jeg tror det er viktig. Jeg tror man får en annen forankring. Man får både litt mer plikt og litt mer eierforhold til det.”

“Ja.. Jeg tror i hvert fall at hvis en slik avtale skal få betydning så må den skrives med avdelingene, avdelingsvis tenker jeg. Hvis man får en avtale som man skriver på rådmannsnivå, så har du en avtale som rådmannen kjenner til og som vi får dettende ned-sant- (dette har vi skrevet avtale om og det er veldig viktig – men så..) Avtalen vil ikke leve sånn i avdelingen. Avtalene (avtaleinngåelsen) må komme ned på det nivået som de skal gjelde.”

Flere av informantene gav uttrykk for at skriftlige samarbeidsavtaler kan være positivt. Samarbeidskontrakter oppleves som forpliktende og gir en god forankring. Flere informanter er imidlertid opptatt av hvilket nivå avtalene bør forankres på, og hvordan de praktisk utformes slik at de kan få en reell betydning og være til nytte som et praktisk arbeidsredskap i det daglige arbeidet. Noen informanter påpekte at kontraktsbasert samarbeid bidrar til å befeste eierskapet til oppgaven som skal utføres.

“Det må forankres øverst. Alt vi skal gjøre utløser jo ressurser. Da er det viktig at de som sitter øverst og styrer vet hva det krever og hva vi skal gjøre for noe. Det gjelder jo hele veien nedover fra rådmann til omsorgssjef og til distriktsledere og til avdelingssykepleiere og ut til alle medarbeidere. Det må ikke være så langt borte ifra.

Ett eksempel er nå at vi skal skrive under den nye IA-avtalen. Rådmannen har selvfølgelig skrevet under, men så skal hver produksjonsavdeling også skrive under sin. I omsorgsavdelingen skal hvert distrikt også skrive under, slik at vi vet hva dette handler om.”

“Litt overordnet – forankring, men så bryte det ned på avdelingsnivå der alle parter er involvert”

Informantene gir her uttrykk for at samarbeidsavtaler må bli et dokument som har betydning for den praktiske oppgaveløsningen og som personellet på avdelingene har kjennskap til.

Jeg tolker uttalelsene slik at de er opptatt av at de som skal utføre oppgavene må være involvert i prosessen med å skrive avtalen hvis den skal få en praktisk betydning i det daglige arbeidet. Samtidig gir de uttrykk for at en samarbeidsavtale må være forankret i “ledelsen” Noen definerer dette på avdelingsnivå, og andre på rådmannsnivå i kommunen.

“Samarbeidsavtale – ser jeg først og fremst for meg er noe for omsorgsleder i kommunen og ledelsen i tannhelsetjenesten. Ellers vil det bli for mange varianter nedover i systemet.

Informanten her gir uttrykk for en bekymring for kvaliteten på samarbeidsavtalen hvis de skal inngås på klinikknivå/ avdelingsnivå. Jeg tolker det slik at informantene gir uttrykk for at det er viktig at avtalene som inngås må ha omtrent samme oppbygning og innhold.

“Hvis at vi skal lage en samarbeidsavtale, ser jeg for meg – så må det være forpliktende regler i den for oss også. Hvem holder kontakten? Hvor ofte skal vi forplikte oss til undervisning- eller tilby undervisning. Det trenger ikke være de som skal etterspørre oss hele tiden. Men det bør være en jevnbyrdighet i hvem som tilbyr og hvem som etterspør og hvem som gjør hva. Slik at dette samarbeidet ikke faller sammen selv om noen slutter eller det blir en strukturendring noen plasser.”

Flere av informantene er inne på temaet jevnbyrdighet i avtalene. En skriftlig samarbeidsavtale skal være forpliktende for begge parter. Kontrakten må avklare konkret hva som forventes av begge parter. Jeg fant her at informantene mener at kontrakten skal bidra til

å forankre samarbeidet i en form som gjør samarbeidet mer robust og ikke være avhengig av enkeltpersoners engasjement.

“For å være helt ærlig, så tror jeg ikke at en skriftlig avtale vil ha så stor betydning. Det kommer an på ledelsen hvor mye de legger vekt på det”

En informant har ikke spesielt tro på formaliserte kontrakter. Denne informanten er redd for at slike dokumenter bare blir merarbeid, og ikke får noen betydning for det praktiske arbeidet på avdelingen. Informanten gir uttrykk for at slike kontakter fort får form av en “visjon” og blir derfor ofte dokumenter som forsvinner i en skuff.

Oppsummering:

Vi ser at informantene i all hovedsak tror at samarbeidsavtaler er positive. Avtalene må forankres på ledernivå. Det er imidlertid noe ulik oppfatning av hva som tenkes på som ledernivå i fylkeskommunen og kommunen. Ingen nevner fylkesrådmannen som aktuell part, mens rådmannen nevnes av noen som øverste ledernivå i kommunen. Vi ser at informantene tror at samarbeidsavtalene kan bidra til gjensidig forpliktelser og øke eierskapet til oppgaven som skal løses. Vi ser også at informantene påpeker at hvis en slik avtale skal få praktisk betydning i arbeidshverdagen må de ansatte involveres i prosessen med å utforme avtalen. Vi ser at flere informanter ønsker at en slik samarbeidsavtale skal bli konkret og ha et konkret formål og mål. Jeg fant at informantene er opptatt av at oppgavene som skal løses og beskrives i kontrakten må basere seg på de praktiske utfordringer og de lokale forhold på hvert enkelt sted.

5.3 Andre faktorer

Hvilken betydning kan andre faktorer ha?

Slike faktorer kan være forankring i ledelsen, ansvarsavklaringer og forventninger, personlig engasjement, definerte mål, kjente prosedyrer og rutiner samt kompetanse for å utføre oppgaven som er pålagt.

5.3.1 Forankring i ledelsen

Ledelse og ledelsestenkningen innebærer ofte positive forhåpninger om god styring, orden og resultater. Flere teoretikere har drøftet spørsmålet om ledelse virker, eller om det bare er noe organisasjonen har tro på som en symbolsk effekt (Strand 2007). Informantene tillegger ledelsen stor betydning i sine refleksjoner knyttet til forankring av oppgaven som skal løses.

Informantene er alle opptatt av at samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og kommunen må forankres i ledelsen. Alle informantene snakket engasjert om dette temaet og materialet er rikt på sitater vedrørende ledelsesforankring.

“Hvis ikke leder er interessert i endring, så kommer du ingen vei.”

“Det er et lederansvar å si at det er viktig”

“Det handler om at det må være forankret i ledelsen. Er det ikke det så smuldrer det bare bort i ingenting. “

Det første sitatet blir uttalt av en av tannhelsetjenestens informanter i en kontekst der hun snakker om ledelsen i pleie- og omsorgstjenesten. Flere av informantene gir gjennom disse sitatene uttrykk for at hvis man ønsker å få til endring eller drive gjennom en oppgave så må denne være forankret i ledelsen. Hvis ikke leder er engasjert og har en positiv holdning til at en bestemt oppgave skal gjennomføres så vil selve gjennomføringen bli vanskelig å få til. Noen informanter påpekte at hvis man skal lykkes i arbeidet må det være gjort et forarbeid der legitimiteten til arbeidet er forankret i egen ledelse.

“Hvis du skal få noe ut av det, og at det skal oppfattes som noe som er viktig, så tror jeg det kan være lurt å forankre det i fagforeningen også. Dess flere som kjenner til det jo bedre får man spredt det. Hvis det er bare en leder på avdelingen som kjenner til det, så nytter det ikke. Hvis avdelingssykepleier sitter å vet alt, mens medarbeiderne går ut og skal gjøre den fysiske jobben, så kjenner de ikke til det.....”

En av informantene ser på forankring som en del av en strategisk prosess for gjennomføring. Jeg oppfatter informantens svar slik at jo flere som har vært med i arbeidet med å stadfeste at oppgaven skal løses, jo flere blir engasjert og ønsker å være positive bidragsytere til å

gjennomføre oppgaven. Bred støtte i forankringsarbeidet gir også bred støtte i gjennomføringsfasen. Informanten påpeker nytten og verdien av å involvere tillitsvalgte i forankringsarbeidet.

“Det bør ligge på ledernivå, men det bør være definert på hvilket ledelsesnivå og hva man har å forholde seg til. Jeg liker veldig godt når det er klart og at man vet at : I år satser vi på dette!! Og så gjør alle sammen sånn og sånn og så kan det være variasjoner ut over det” ...Det er også bra når man skal ut og formidle og få andre til å tenke tannhelse, da er det også greit å vite at man har en slags backup”

I dette utsagnet finner jeg at det oppleves som en styrke og trygghet at både oppdraget og mandatet er klart formulert. En forankring i ledelsesnivå gir legitimitet til oppgaven som skal utføres. Hvilket ledelsesnivå dette skal forankres i må defineres.

“Jeg ser jo også at vår øverste ledelse også kunne vært med i disse møtene med kommunen og bistått med ansvarsfordeling egentlig, eller holdningsskapende arbeid.

“Jeg tenker tannhelsesjefnivå. For at klinikknivå, da blir det så mange”

“Det er bare det at den forankringen må være på plass. Enten fra fylkestannlege, eller fra tannhelsesjefen eller. Det må bare forankres i ledelsen både hos dem og hos oss. Vi er to store etater og det må selvfølgelig være slik.”

Tannhelsetjenestens personell er også opptatt av forankring i egen organisasjon. De er opptatt av at forankringen må skje på et høyere nivå enn klinikksjefnivå.

Oppsummering:

Vi ser her er at alle informantene mener at forankring i ledelsen er en viktig faktor for å lykkes. Ledelsen i begge organisasjonene må være engasjert og bidra til å gi oppgaven legitimitet. Ledelsen må være med på å definere hva som skal gjøres og hvordan. Hvis lederen er opptatt av denne oppgaven så vil den få fokus.

“Det du har fokus på- det du gir fokus, det er det som får fokus”

Vi ser at det er noe ulik oppfatning av på hvilket ledernivå forankringen bør gjøres. Jeg finner at i ett av sitatene etterlyser informanten at tannhelsesjefen kunne vært mer tilstede i det

direkte samarbeidet med kommunene for å gjøre de nødvendige avklaringene vedrørende samarbeidet. En av informantene påpeker at forankringsarbeidet er en del av en strategisk prosess for å skape involvering og engasjement for det arbeidet som skal gjøres, og påpeker nytten av å forankre samarbeidet også i fagforeningen.

5.3.2 Mål

Samhandlingsreformen definerer samhandling som å nå felles omforente mål på en rasjonell og koordinert måte i helse- og omsorgssektoren (Helse- og omsorgsdepartementet St.melding 47 2008). Med utgangspunkt i denne formuleringen ble det stilt spørsmål til informantene om de oppfatter at de i det aktuelle samarbeidet har noen definerte felles omforente mål. Svarene gir uttrykk for at informantene i liten grad opplever at det finnes slike mål, og de har ulik forståelse av hva som er et mål, hvordan mål defineres og hva mål kan brukes til.

“Vi har ikke definert noen felles målbare kortsiktige mål. Egentlig bør vi gjøre det, for det er motiverende å se at det fungerer og at man kan måle bedring for de som driver det daglige arbeidet.”

“Jeg føler det er uklart hva man skal forholde seg til.”

“Nei jeg føler ikke at vi har noen felles mål i hjemmesykepleien, og jeg er helt sikker på at dette er veldig viktig. Jeg er helt sikker på at vi må få dette til hvis vi skal få dette til å fungere.”

“Jeg vet ikke om vi har det. Om vi har noen felles mål sann i forhold til det med tannhelse, i hvert fall ikke nedskrevet noen plass.”

“Nei- ikke noe som er sagt at dette er målsetningen”

Alle informantene gir uttrykk for at de ikke kjenner til eller oppfatter at det finnes noen definerte felles mål for samarbeidet mellom tannhelse og pleie- og omsorgstjenesten. Flere av informantene gir uttrykk for at felles mål hadde vært en styrke å ha i bunnen for et samarbeid. I det første sitatet gir informanten uttrykk for at felles definerte mål kan virke både motiverende og gi indikasjoner på at man har fått til noe i samarbeidet *“måle bedring”*.

“Den ene må vite hva den andre gjør, hvorfor man gjør det, og så må man være enige om at det er sånn det skal gjøres selvsagt.”

Informanten beskriver i denne uttalelsen hva hun tenker rundt omforente mål. Her finner jeg at informanten mener at omforente mål handler om at begge parter er blitt enige om noe, med bakgrunn i en prosess.

“Det er litt det der at man får litt mer tyngde også at du jobber mot noe felles for tannhelsetjenesten”

“Jeg liker veldig godt når det er klart og at man vet at: I år satser vi på dette!! Og så gjør alle sammen sånn og sånn og så kan det være variasjoner ut over det. Det er veldig trygt og godt å jobbe slik. Det er også bra når man skal ut og formidle og få andre til å tenke tannhelse, da er det også greit å vite at man har en slags backup.”

Informanten gir i det første sitatet uttrykk for at definerte mål gir følelsen av at retningen på arbeidet som skal gjøres er definert. En felles retning på arbeidet oppleves som en styrket fellesskapsfølelse og er identitetsskapende. Informanten i det andre sitatet bekrefter at det skaper trygghet å ha et konkret mandat. Definerte mål kan oppleves som et konkret mandat som er forankret i organisasjonen. Dette gir også legitimitet til arbeidet, noe som skaper trygghet i jobben og følelse av støtte fra arbeidsgiver.

Informantene har ulik erfaring med målarbeid og prosessen med å definere mål. Dette kommer til uttrykk i informantenes refleksjoner knyttet til hvordan definere et mål.

“Vi har spesifisert overfor dem i den undervisninga som vi har hatt, hva vi forventer er et mål i forhold til tannhelse”. Vi oppfattet da at dette var helt greie mål.”

Informanten gir her uttrykk for at det målet som er definert av henne eller internt i hennes organisasjon blir presentert også som en forventning om at den samarbeidende part skal adoptere de som sine egne. Målene ble presentert i en undervisningssituasjon. Det kan stilles spørsmålsteget ved om konteksten for å definere felles mål er tilstede?

Målene ligger vel i bunnen uansett? Tannhelsen hos pasientene våre skal bli ivaretatt- det er jo det som er målet!”

Jeg tolker at informanten blander sammen definerte omforente mål og overordna visjoner i sitt utsagn her. Ved manglende erfaring med målarbeid tror jeg dette kan representere manges forståelse av hva som kan oppfattes som et felles mål.

“Jeg tror det kunne kommet veldig mye ut av det å kartlegge behov, hvis man skal lage en samarbeidsavtale, at man også kartlegger utfordringene: Hva trengs å styrkes?”

“....og så må man når man skal utarbeide målene ha folk med seg fra begge gruppene. Slik at man sitter sammen og finner ut av hva som er målene for denne samhandlingen. Hva må vi ha med, hva er viktig osv. Det nytter ikke at dere setter dere ned og lager mål for oss. Da blir det bare noe som vi forholder oss til på en måte- men det får ikke så stor betydning”

Informanten gir i det første sitatet uttrykk for en refleksjon der hun ser at kartlegging av behov bør være grunnlaget for hva som må ha fokus i den kommende perioden. Dette gir et grunnlag for å definere konkrete mål som kan få betydning i det praktiske arbeidet.

Informanten i det andre sitatet er opptatt av at felles omforente mål må defineres i et samarbeid hvis de skal få betydning. Mål som defineres av den ene part vil ikke skape eierforhold hos den andre part. Informantene er her inne på grunnleggende forhold i kommunikasjon. Hvis man skal få til å utvikle noe felles, må man først møte hverandre der man er og så gå veien videre sammen.

Informantene har ulike tanker om på hvilket nivå i organisasjonen målene bør defineres og forankres.

“Tannhelsetjenesten skal ha en helhetlig målsetning, som gir likt nivå på tjenestetilbudet. Så derfor har jeg mest lyst til å forholde meg til de målene fylkeskommunen kommer med- sånn overordna.”

“De som jobber ute blant pasienter de bryr seg ikke om hva som er overordnede mål”

Problemstillingen er belyst med to sitater fra to ulike informanter. Informantene gir her uttrykk for ulikt syn på hvordan de oppfatter viktigheten av forankring av målene i organisasjonen. Den første informanten gir uttrykk for at mål må forankres i den øverste ledelsen i organisasjonen og den andre informanten mener at slik forankring har ingen betydning hos den enkelte medarbeider i det praktiske arbeidet. Jeg tror dette spørsmålet må sees i en større sammenheng og vanskelig kan løsrives i en tolkningsprosess. Arbeidet med å

definere mål må sees i sammenheng med de andre faktorene for å sikre en hensiktsmessig forankring og samtidig definere hvilken hensikt målene skal ha.

Hensikten med målene kan være alt fra overordnet visjon til et praktisk arbeidsverktøy i det daglige arbeidet.

“Jeg tenker at målene må være greie og at vi kjenner til dem. Det nytter liksom ikke å lage noen mål og få de ned på papiret hvis de ligger i skuffen og ingen kjenner til dem. De må være implementert både her og der hvis jeg tror at dette er noe som bidrar til at det blir bedre for brukerne våre.”

“Vi kan bruke tid og energi på å sette opp mål, og det er bra hvis de blir brukt, at det ikke blir som en HMS-plan som blir liggende og som aldri blir sett på. Det er det jeg er litt redd for at hvis man setter opp mål, så blir det bare liggende.”

“For meg er mål noe jeg skal nå. Det er ikke en visjon. Visjon er noe annet.”

Informantene gir her uttrykk for at målene må være konkret knyttet til de daglige arbeidsprosesser og være kjent blant medarbeiderne hvis de skal få betydning i samarbeidet. Overordnede mål med generelle formuleringer- mer i retning av en visjon, vil ikke få betydning for det praktiske arbeidet i hverdagen.

“Og så er jeg opptatt av at når vi skal sette opp mål så er det mål som vi kan oppnå. At man ikke kan sette slike høye og svevende mål som er noe fint og flott, det kan man jo gjøre litt lengre opp i systemet- ha disse visjonene. Når man kommer ned på avdelingene og distriktene så må det være mål som de som skal ut å gjøre jobben skjønner og kan være med på. Målene må være målbare på den måten at vi må kan si at dette har vi fått til eller dette har vi ikke fått til. Hva må vi gjøre for å nå målet da?”

Her fant jeg at informanten i dette utsagnet mener at mål må være konkrete og målbare slik at man kan sjekke ut om arbeidsinnsatsen har fått den ønskede effekten. For at dette skal være mulig må målene også være tidsbestemte. Hvis man ikke har oppnådd det man ønsket i forhold til de fastsatte målene vil evalueringen si noe om justering av kursen for å oppnå ønsket effekt.

5.3.3 Eierskap, personlig engasjement

Eierskap til oppgaven som skal løses fremstår som en viktig faktor for at oppgaven skal få oppmerksomhet og bli prioritert i både tannhelsetjenesten og i pleie- og omsorgstjenesten. I gjennomlesningen av intervjuene kom det fram ulike faktorer som påvirker eierskapsfølelsen uten at dette spørsmålet har vært direkte gitt til informantene.

“Slik jeg oppfatter det hos oss og på andre klinikker, så er denne kontakten med institusjon og hjemmesykepleien, den er det tannpleier som har. Den ute i felten. Så det er jo personavhengig hvem tannpleieren er – egentlig. Jeg tenker det er liten kultur for at tannleger og tannhelsesekretærer blir med på noe utenfor klinikken.”

“Jeg tror det er det at det er en kjempelang kultur for at det er en tannpleier som tar det som er utenfor klinikken”

Begge informantene fra tannhelsetjenesten, som begge selv er tannpleiere, reflekterer over at det utadrettede arbeidet blir sårbart når ansvar for og gjennomføring av blir avhengig av bare en person.

En av informantene sier at det hadde vært en fordel om flere fra tannhelsetjenesten hadde deltatt på det utadrettede arbeidet i pleie- og omsorgstjenesten. Hvis flere hadde vært med ut på institusjonsbesøk så hadde dette lettet selve jobben samtidig som at flere hadde fått innblikk i de utfordringene dette arbeidet byr på. Informanten påpeker også at hvis flere hadde vært sterkere involvert i selve oppgavegjennomføringen ville dette også bidratt til at flere engasjerte seg i en diskusjon og refleksjon om de utfordringer som skal løses “der ute”. Informantene fra tannhelsetjenesten gir uttrykk på forskjellig vis at de opplever at de står alene om denne oppgaven i tannhelsetjenesten.

Her ser vi av utsagnene deres at kontakten med pleie- og omsorgstjenesten med fordel kunne vært forankret sterkere i personalgruppa på klinikken slik at klinikken som sådan, hadde hatt et sterkere eierskap til de oppgavene som skal gjøres i hjemmesykepleien og på institusjon.

“Men nå når de hadde det som satsingsfelt, så ble det satt på dagsorden og da ble det mye enklere for oss. Vi følte liksom at vi kom til dekket bord. Vi er liksom vant til å være den som skal inn. Men her ble vi invitert inn, og det var veldig greit.”

“Først når de tar kontakt så er det fordi at de er opptatt av problemstillingen, og de har et eierforhold til den og da åpner de opp på en helt annen måte.”

Det første utsagnet blir sagt av en av informantene fra tannhelsetjenesten i en sammenheng der hun forteller at omsorgstjenesten hadde satt tannhelse som målområde i egen organisasjon. De hadde dermed selv satt tannhelse på dagsorden og trengte hjelp fra tannhelsetjenesten for å nå egne mål. Den samme informanten gir i det andre utsagnet uttrykk for at denne innfallsvinkelen gir et mye bedre grunnlag for å nå fram med budskapet vedrørende munnstell når hjelpen etterspørres på bakgrunn av at de har ønsket kunnskapen inn i sin organisasjon på bakgrunn av egne behov.

Flere informanter nevner at samarbeidsavtaler vil bidra til mer plikt og dermed øke eierforholdet til oppgaven. Flere av informantene er også svært tydelig på at en slik avtale må forankres i avdelingen selv om den har en overbygning som forankres høyere opp i organisasjonen. En av informantene sier at de må oppleve tannhelse som en viktig del av jobben, hvis ikke vil eierforholdet svekkes. To av informantene (en fra tannhelsetjenesten og en fra pleie- omsorgstjenesten) er opptatt av at stor utskifting i hjemmesykepleien er en kritisk suksessfaktor for eierforholdet til oppgaven som skal løses. Stor utskifting krever bedre systematikk på opplæringen knyttet til munnstell på pasientene for at vikarer og nytilsatte skal oppleve at dette er en viktig del av jobben. Flere informanter kommenterer at kjennskap til hverandre er en viktig faktor for å styrke eierforholdet til oppgaven. Dersom dette ikke tilstede vil det skape avstand og ansvaret pulveriseres. En av informantene formidler at personlig nettverk og personlig kjennskap til hverandre er mindre viktig enn etablerte kontakter i kraft av yrkesmessige roller;

“Ikke nødvendigvis personlig nettverk, men man trenger et fora med representanter. Hun er representant fra tannhelsetjenesten, det er ikke hun som person nødvendigvis, det er hennes rolle som tannpleier som betyr noe.”

Oppsummering:

Her ser vi at alle informantene på ulikt vis er opptatt av at “eierskap til oppgaven” er en viktig forutsetning for at daglig munnstell i institusjon og hjemmesykepleie skal bli gjennomført på en god måte. I samtale med informantene knyttes eierskapsfølelsen opp mot de samme faktorene som blir vurdert å ha en direkte påvirkning på samhandlingsrelasjonen mellom

tannhelsetjenesten og omsorgstjenesten. Jeg tolker informantenes refleksjoner slik at “eierskap til oppgaven” er en følgetilstand av de andre “primærfaktorene” som har en direkte påvirkning på samhandlingsrelasjonen. Eierskap til oppgaven sees derfor i fortsettelsen på som en sekundær faktor. Et viktig funn som påpekes og synliggjøres i denne refleksjonen er manglende intern forankring til oppgaven i tannhelsetjenesten.

5.3.4 Rutiner og systematikk

En velfungerende organisasjon preges ofte av at oppgavefordeling er avklart og det er kjent hvem som gjør hva i organisasjonen. Gode kvalitetssikringssystemer preges av at nødvendige arbeidsprosesser er nedskrevet og at det finnes rutiner på hvordan disse følges opp.

Informantene ble spurt om hvilken betydning rutiner og systematikk i arbeidet har for både samarbeidet, overføring av kunnskap og at selve jobben med oppfølging av munnstellet på brukerne blir utført.

Alle informantene beskriver at det er en felles enighet mellom omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten om at de skal ha et årlig samarbeidsmøte jfr. retningslinjene i Veiledninga. Dette møtet skal i all hovedsak fungere som et informasjons- og evalueringsmøte. En informant beskriver dette møtet som et planleggingsmøte for det kommende året. Noen informanter påpeker at dette samarbeidsmøtet må være regelmessig, uten at det fremkommer om en gang i året representerer denne regelmessigheten.

Det kan virke som om at dette årlige møtet er et viktig kontaktpunkt mellom de samarbeidende organisasjoner.

“Når du snakker om hvilke faktorer som kan fremme samarbeidet, så er det veldig viktig at vi har noen kontaktpersoner. De har sine områder, de har sine sykepleieområder og vi har klinikkområder. Vi må ha kontaktpersoner opp mot hver. Vi må ha noen kontaktpersoner både innenfor institusjonene og hjemmesykepleien som har ansvaret for tannhelse opp mot det aktuelle klinikkområdet.”

Flere av informantene fra både tannhelsetjenesten og omsorgstjenesten understreker betydningen av faste kontaktpersoner som har tannhelse som en av sine oppgaver. En av informantene fra omsorgstjenesten hadde erfaring med tannkontakter i sin avdeling på sykehjemmet. Når en av hennes tannkontakter sluttet opplevde hun at ingen lenger tok ansvar

for oppgaven. Behovet for en fast tannansvarlig på avdelingen ble dermed synliggjort. En annen informant fra omsorgstjenesten er opptatt av at gode rutiner sikrer at ikke arbeidet faller sammen hvis en av “nøkkelpersonene” slutter.

“Det bør ikke være slik at man er avhengig av bare en person. Da må man ha system som kan sikre at arbeidet blir organisert på et vis slik at mange kjenner til; slik er det og slik gjør vi det og det er kjent i hele organisasjonen når det er viktige ting.”

Her ser vi at informantenes refleksjoner knyttet til hvilke strategier som vil fungere best i å sikre kunnskapen i organisasjonen varierer. Noen ønsker å knytte ansvaret til en fast person, mens andre tenker at gode rutiner som er kjent i hele organisasjon er den beste måten å ivareta munnstellet hos pasientene. Kanskje vil det være nyttig å drøfte de ulike behovene som åpenbart er i hjemmesykepleien og i institusjonene, siden disse to organisasjonene har ulike utfordringer i forhold til oppfølging. En av informantene er opptatt av at det er nedskrevne rutiner. Hun sier: *“Vi må jo ha system”, og “det må stå noen plasser hva vi skal gjøre”*.

Informantene gir uttrykk for at samarbeidet ikke er optimalt, at oppgavefordelingen ikke er tydelig og at skriftlige rutiner mangler på de fleste områder. Her ser vi at informantene er enige om at det årlige samarbeidsmøtet ikke er nok for å få de avklaringer som er nødvendige for å få oppgaven løst på en best mulig måte.

Flere av informantene har erfaring med munnstellkort som en av de få eksisterende rutinene for å kvalitetssikre munnstellet på den enkelte pasient.

“Vi snakker om hvordan de skal tilrettelegge på rommene. Hvordan utstyr de bør ha. Hva som skal være tilgjengelig og sånn. Vi snakker om at de bør ha en perm der alt står i og at de bør føre ting i kardexen, slik at det er tilgjengelig. I tillegg snakker vi om at munnstellkortene bør være på plass. Vi gir også tips og råd om hvordan hverdagen kan gjøres enklere.”

Dette sitatet er fra en av tannhelsetjenestens informanter. Hun gir uttrykk for at det er mange ting som blir tatt opp og som blir snakket om, men det er få ting som faktisk blir nedskrevet som rutiner.

Informant fra pleie- og omsorgstjenesten i en av kommunene uttaler følgende:

“Og så fikk vi disse munnstellkortene. De synes jeg er veldig bra. Hvor godt de brukes ute i avdelingene det vet jeg ikke, men jeg vet at noen har dem.”

Her ser vi at munnstellkort er innført som en rutine. Både tannhelsetjenesten og omsorgsleder er enige om at dette er et godt tiltak. Det kan synes som om at manglende oppfølgingsrutiner svekker effekten av tiltaket. Hvis munnstellkortene skal kvalitetssikre oppfølgingen av munnstellet til den enkelte bruker, må man være sikker på at disse er i bruk.

Flere av informantene har eksempler på områder som må kvalitetssikres bedre. Opplæring av nytilsatte i pleie- og omsorgstjenesten er et slikt eksempel. Utfordringene på dette området er størst i hjemmetjenesten. Flere nevner at gode nedskrevne rutiner ville vært positivt for å kvalitetssikre at oppgaven blir gjort spesielt i hjemmetjenesten. En av informantene har et konkret forslag til hvordan dette kan gjøres:

Det tror jeg er så enkelt som dokumentasjon. Sann som de gjør på Domus når de vasker toalettene så må de dokumentere hvem som har vasket kl. 12.00. Hvem er det som har stelt, eller tatt munnstellet på den aktuelle pasienten den dagen? Det er bare en liten signatur som skal til. Da har man både skapt en forventning om at det skal gjøres og man har adressert oppgaven. “

Her ser vi at en av informantene fra tannhelsetjenesten har reflektert over mulige måter å løse dette på, men på spørsmål om hun hadde drøftet dette med hjemmetjenesten så svarte hun benektende på dette.

Oppsummering:

Vi ser at alle informantene har etablert et årlig samarbeidsmøte med sin samarbeidende organisasjon. Flere av informantene gir likevel uttrykk for at dette samarbeidsmøtet ikke ivaretar de behovene som finnes for å få en avklart rolle og oppgavefordeling. Gode rutiner må sikre kontakten mellom de samarbeidende organisasjoner og sikre kvaliteten i den jobben som skal utføres. Hovedinntrykket fra informantene er at gode rutiner og prosedyrer skal sikre den daglige oppfølgingen av hver enkelt bruker, og gode rutiner skal sikre oppfølgingen av systemene slik at de tilpasses og videreutvikles i takt med behovene.

5.3.5 Kompetanse

Informantene ble spurt om personell i pleie- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig kompetansen til å utføre godt munnstell på beboerne på institusjon og i hjemmesykepleie. De ble også spurt om hvilken betydning kompetanse i forebyggende tannhelse har for at jobben blir gjort.

“Jeg tror behovet for opplæring er størst i hjemmetjenesten. Det er begrunnet i at mange av de som har ansvaret for munnstell i hjemmesykepleien der er ikke faglærte personer. Sykepleierne er sjelden innom, kanskje bare en gang i uka for å legge i en dosett. Resten av stellet skjer gjennom hjemmetjenesten som er ufaglærte. Og mange forskjellige. Så den formelle kompetansen er veldig variabel. De kan være både interessert og flink, men med variabel kompetanse.”

Flere informanter fra både tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten understreker utfordringen med mange ufaglærte i hjemmesykepleien og utfordringen knyttet til opplæring med så stor utskifting av personell. En av informantene påpeker betydningen av det holdningsskapende arbeidet i undervisninga som gis av tannhelsepersonellet. Holdningsskapende arbeid, motivasjon og eierskap til at oppgaven daglig munnstell må ivaretas, er like viktig som kompetanse om ulike tilstander i munnhulen. Det er viktig å skape en forståelse for at et regelmessig og godt munnstell er en viktig og naturlig del av jobben. Flere av informantene sier at det gis opplæring i munnstell og tannhelse i grunnutdanninga i sykepleien og i helsefagutdanninga. Flere mener imidlertid at undervisning til hele personalgruppa er viktig. Dette begrunner de med at undervisningen er med på å løfte oppmerksomheten rundt arbeidet som må gjøres i det daglige. Informanten sier at dette er en god påminning. Flere av informantene er opptatt av at det er vanskelig å legge til rette for undervisning av personellet i hjemmesykepleien. Personalgruppa er spredt og preges av mange vikariater og deltidsstillinger.

“Jeg tror at jo mer kunnskap man har om en sak, jo mer interessert blir du og jo mer nysgjerrig blir du og jo mer motivert blir du til å lære mer.”

Dette sitatet viser at undervisning til hele personalgruppa har betydning selv om noen kan en del om munnstell fra før.

“Vi føler hele tiden at vi skal komme med noen løsninger som skal gjøre det enklere”

Sitatet over viser at informanten fra tannhelsetjenesten opplever at personell i pleie- og omsorgstjenesten etterspør hjelpemidler og produkter som kan lette arbeidet med munnstell i institusjon og hjemmesykepleien. Uttalelsen støttes av informantene fra pleie- og omsorgstjenesten. En av informantene fra tannhelsetjenesten opplever at forventningene til hva det skal undervises om ikke alltid er i tråd med hva tannhelsepersonellet ønsker å legge vekt på. Hun er oppmerksom på den pedagogiske utfordringen med å undervise på et felt hvis de ikke treffer sin forsamling “hjemme”. Flere informanter er opptatt av at oppfølgingen av pasientenes munnstell har blitt mer tidskrevende og komplisert de siste årene. En økende andel eldre med egne tenner gir utfordringer i forhold til oppfølging av den enkelte pasients munnstell samt økt kompetansebehov hos personell i pleie- og omsorgstjenesten.

Oppsummering:

Her finner vi at innholdet i undervisningen er en utfordring. Kunnskap om sykdommer, sykdomsbilde og kvalifisert oppfølging av disse må balanseres opp mot ønsket om “lettevinne” løsninger som forslag på produkter og hjelpemidler. Den praktiske gjennomføringen av munnstell må være sentral i undervisningen. Informantenes uttalelser vedrørende varierende grunnkompetanse viser også hvor komplisert oppgaven er for tannhelsepersonellet når det gjelder å få til en undervisning som treffer både i forhold til de utfordringer de er opptatt av, og det varierte kompetansenivået helsepersonellet i pleie- og omsorgstjenesten allerede er på. Kompetanse og undervisning i munnstell framheves som en viktig faktor for at godt munnstell skal bli ivaretatt i pleie- og omsorgstjenesten. En utfordring er å finne arenaer for undervisning, særlig i hjemmesykepleien. En annen utfordring er å legge opp undervisningen slik at personellet blir motivert for å øke oppmerksomheten rundt munnstell samtidig som undervisningen preges av adekvat kunnskap i forhold til de faktiske utfordringene i avdelingen eller i hjemmesykepleien. Felles arena for undervisning i hjemmesykepleien løftes opp som en av utfordringene i dagens organisering av arbeidet.

5.3.6 Forventninger til den samarbeidende part

Forventninger til den samarbeidende part dukket opp som et sentralt tema gjennom intervjuene. Informantene fra både tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten mente

den samarbeidende part hadde roller og ansvarsoppgaver som ikke hadde vært gjenstand for diskusjon mellom de samarbeidende partene.

Følgende sitater illustrerer dette forholdet:

“Enkelte plasser, nå snakker jeg om sykehjem- der er tannhelsetjenesten et slags kontrollorgan. Det er jo feil”

“Jeg opplever at tannhelsetjenesten har en kontrollfunksjon på pasientenes tannhelse, og det er veldig positivt- klart det er.”

Det første utsagnet kommer fra informant fra tannhelsetjenesten. Hun snakker om kontrollfunksjonen i en sammenheng der hun opplever rollen som noe som oppfattes negativt fra institusjonens side. Det andre sitatet er hentet fra avdelingsleder på et sykehjem (i en annen kommune), der hun stadfester tannhelsetjenesten sin rolle som kontrollfunksjon, men opplever denne som åpenbart positiv for avdelingens kvalitetssikring på munnstell på pasientene.

“... det er jo en prosess som skal skje uten oss. De må bli bevisst på det, og så skal vi komme inn der de føler at de ikke får det til.” Informant fra tannhelsetjenesten

“De glemmer bort at tennene skal stelles på brukerne. Så for meg er det viktig at vi har kontakt, og at det er noen som kommer og sier at pusser dere nå sånn og sånn...” Informant fra pleie- og omsorgstjenesten

“Hvis vi kan gjøre jobben vår bedre og hvis vi ikke ser det selv, så er det veldig fint at det er noen andre som kommer og sier det til oss.” Informant fra pleie- og omsorgstjenesten

“Det viktige er jo at, og det bør være en overordnet greie- at vi er like ansvarlige. Tenner er ikke bare tannhelsetjenestens ansvarsområde” Informant fra tannhelsetjenesten

Sitatene over kan illustrere at både tannhelsetjenestens personell og personell fra pleie- og omsorgstjenesten har ulike tanker om hvilken rolle den samarbeidende parten har i samhandlingsrelasjonen.

Begge informantene fra tannhelsetjenesten hadde opplevelser som kunne tyde på at pleie- og omsorgstjenesten representert av enkeltpersoner i sykehjem og institusjon fraskrev seg

ansvaret for oppfølging av munnstellet på pasienten. En av informantene hadde opplevd at kvalitetssikringen av det daglige munnstellet ble skjøvet over på tannhelsetjenesten. En informant fra pleie- og omsorgstjenesten opplever oppfølgingen av munnhygiene og tannstell som et utfordrende område, der de trenger hjelp fra tannhelsetjenesten. Det kommer fram i intervjuet med flere informanter at samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og omsorgstjenesten er godt etablert, men mangler en tydelig avklaring av ansvarsoppgaver og roller.

“Det gjør noe med noen, når noen sier at noe er viktig. Da lærer vi noe. Vi lærer noe hele tiden. I hverdagen som er veldig hektisk, så blir det av og til noe som blir borte. Da er det viktig at noen kommer og putter det inn. At noen sier at du må ikke glemme dette. Hvis vi glemmer tannstellet kan pasientene bli veldig syke. Vi må klare å se helheten. Da må det engang begynne med noe. Du må lære deg at det er viktig. Kanskje oppleves det slik at “Huff, jeg må nå gjøre det fordi andre har sagt at det er viktig”, men etter hvert så vil de jo skjønne det selv hvor viktig det er.”

Informanten fra pleie- og omsorgstjenesten gir med denne uttalelsen uttrykk for at de har behov for noen som har en “pusher-rolle” overfor dem. Denne rollen oppfattes ikke som negativ, men tvert imot som et ledd i deres egen læring.

Oppsummering:

Her ser vi at informanter fra begge organisasjonene har forventninger, ønsker og behov om både sin egen og den samarbeidende parts rolle i samarbeidet. De har mange tanker om dette, men ingen har snakket med den samarbeidende parten om forventninger til den andre part. Dette kan åpenbart gi grobunn for misforståelser og bli et hinder for et godt og konstruktivt samarbeid med gode samhandlingsrelasjoner.

6 Diskusjon

Den generelle diskusjonen svarer på forskningsspørsmålene i lys av de funn som er framkommet i analysekapitlet (kp. 5) og den teoretiske referanserammen (kp.3) som er valgt for denne studien. Kapitlet er delt inn i to hoveddeler som svarer på hvert sitt forskningsspørsmål (6.1 og 6.2)

6.1 Rammebetingelsenes betydning.

Hvilken betydning kan faste rammebetingelser ha for samhandlingsrelasjonen mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten i kommunene?

Økonomi

Ingen av informantene i denne studien mente at økte økonomiske rammer i kommunal sektor ville bidra til bedre oppfølging av tann og munnstell i sykehjem og hjemmesykepleien. Informantene fra kommunal sektor hadde budsjettansvar, en for hjemmetjenesten i kommunen, og en som avdelingsleder på sykehjem. Informantenes klare holdning til at økonomi ikke påvirker eller motiverer de ansattes atferd, kan sees i lys av manglende egenerfaring med økonomiske incentiver i kommunal virksomhet. Dagens system preges av at både tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten har definerte oppgaver innenfor tannhelsefeltet på samme arena. Informantene forholder seg til en organisering av oppgaven som derfor ikke bidrar til økonomiske overføringer mellom de samarbeidende organisasjoner. Tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten har ulike oppgaver knyttet til oppfølging av tann- og munnstell i institusjon og hjemmesykepleie, og disse oppgavene utføres innenfor et system av rammefinansiering i egen organisasjon.

Innsatsstyrt finansiering kan ha den effekten at ledelsen får økt oppmerksomhet mot lønnsom aktivitet, med den følge at tannhelse ble satt på dagsorden på en tydeligere måte enn i dag. I spesialisthelsetjenesten har vi sett at innsatsstyrt finansiering har gitt en vridningseffekt av aktiviteten i sykehuset.

Personalet på tannklinikken er opptatt av god inntjening og god drift. Dette øker mulighetene for personlige bonuser. Jeg ville forventet at de var mer opptatt av at også forebyggende virksomhet skulle godtgjøres i egen organisasjon som en primæroppgave. Den langsiktige effekten av godt forebyggende arbeid er bedre tannhelse med mindre tidskrevende reparativ behandling. Denne frigjorte tiden kan så brukes til inntektsgivende arbeid. Direkte økonomiske incentiver på det forebyggende feltet er imidlertid vanskelig å utvikle og å måle. Jeg ser i ettertid at oppmerksomheten rundt spørsmålsstillingen har vært mest knyttet til økte ressurser i kommunal sektor, og at informantene fra tannhelsetjenesten ikke ble sporet til å tenke innenfor egen organisasjon. Informantene fra tannhelsetjenesten var imidlertid klar på at økonomi var en dårlig motivasjonsfaktor og de hadde ingen tro på at økonomi kunne bidra til økt motivasjon for økt innsats og oppfølging av munnhygien på pasientene i kommunal sektor.

Det ble ikke stilt spørsmål ved hvordan reduserte økonomiske rammebetingelser ville påvirket samhandlingsrelasjonen mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten. Selv om informantene la vekt på at det er andre faktorer enn økonomi som har betydning for om oppgaven blir løst, kan man ikke se bort fra at økonomiske rammebetingelser også har en betydning.

Jeg finner imidlertid i denne studien at personellets gjennomføring av munnstell i pleie- og omsorgstjenesten i liten grad vil påvirkes av endrede økonomiske rammebetingelser eller incentiver.

Tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten i kommunene må tenke ut nye måter å samhandle på innenfor dagens ressursramme for å få løst oppgavene knyttet til forebyggende tannhelse og munnstell i pleie- og omsorgstjenesten. Økte økonomiske ressurser vil ikke ut fra informantenes synsvinkel bidra til en styrket samhandling mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten.

Forvaltningsnivå

Jeg har ønsket å belyse hvilken betydning det kan ha at tannhelsetjenesten og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten befinner seg på to ulike forvaltningsnivå. Temaet er politisk aktuelt og det er derfor av interesse å kartlegge informantenes tanker og holdninger til denne problemstillingen. En helhetlig vurdering om tjenestetilbudet ville fungert bedre fra samme

forvaltningsnivå, vil implisere mange andre problemstillinger og innfallsvinkler enn det som er mulig å vurdere i denne studien. Det er likevel interessant å drøfte hva informantene tenker om muligheter og begrensinger i samhandlingsrelasjonen mellom de samarbeidende partene i forhold til at de befinner seg på to ulike forvaltningsnivå.

De samarbeidende parter representerer ikke bare to ulike forvaltningsnivå, men også to ulike organisasjoner og dermed to ulike organisasjonskulturer. Tannhelsetjenestens personale skal samarbeide med flere sykehjem og kanskje flere kommuners omsorgstjenester, noe som innebærer at de må forholde seg til flere ulike organisasjonskulturer. En organisasjonskultur er ikke noe man kan lese seg til. Den dannes av verdier og normer som er retningsgivende i forhold til tenkemåte og handlinger for medlemmene i organisasjonen. Det handler om dyptliggende antagelser som ikke er direkte observerbare, men som er med på å danne felles oppfatninger og en felles meningsramme (Hatch 2001, Hofstede 2001).

Informantene understreker viktigheten av kjennskap til hverandres organisasjon. Dette framkommer som en viktigere faktor for godt samarbeid mellom tannhelsetjenesten og pleie – og omsorgstjenesten, enn lik organisatorisk tilhørighet eller overbygning. Litteraturen støtter opp om betydningen av å kjenne til den samarbeidende organisasjonen for at man skal lykkes i å utføre en jobb i en annen organisasjon. Mogens Lund (1994) skriver at man må danne seg et bilde av organisasjonens oppbygging og funksjon og deretter legge en strategi for hvordan man skal ta kontakt. Kontaktetableringen er et kritisk punkt i tillegg til at de samarbeidende parter representerer to ulike kulturtradisjoner.

Flere informanter sier at manglende kjennskap til den samarbeidende organisasjonen skaper problemer i kontaktetableringen. De gir uttrykk for at de ikke helt vet hvem nøkkelpersonene er i den samarbeidende organisasjonen, og at de opplever at de lett kan ta kontakt med feil person. Litteraturen tydeliggjør at et slikt samarbeid må etableres i de offisielle kanalene. En konsulent eller “gjest” som skal arbeide i en annen organisasjon må “gå gjennom hoveddøren og det må foregå åpent og ved fullt dagslys i overensstemmelse med ledelsen” fritt oversatt (Lund 1994). Lund beskriver viktigheten av å etablere kontakt med ledelsen, og at denne dermed har ansvaret for å finne de rette kontaktpersonene eller nøkkelpersonene. Dette vil også bidra til å legitimere opprettelsen av samarbeidet. Hvis kontaktetableringen skjer tilfeldig mellom de som skal utøve samarbeidet, vil forankringen til de samarbeidende organisasjoners tilhørighet mangle og samarbeidet bli sårbart og personavhengig.

Informantene fra tannhelsetjenesten ga uttrykk for at de opplevde at de “trengte seg på” i den

samarbeidende organisasjonen. Dette oppfattes som en slitsom demotiverende situasjon og at arbeidet oppleves “tungrodd”.

“Er man en velkommen gjest, er det meget lettere at arbejde, end hvis man er en ikke-ønsket, eller måske direkte uønsket, intrængende person.”(Lund 1994:50)

Et viktig funn i studien som også støttes i teorien er at selve kontaktetableringen og hvordan man bereder grunnen for det framtidige samarbeidet er avgjørende for om samhandlingsrelasjonen skal lykkes.

Jeg finner at informantene tror oppgavefordelingen mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten vil være den samme uavhengig om disse to tjenesteyterne befinner seg innenfor samme organisatoriske paraply eller ikke. De tror derfor ikke at samhandlingsrelasjonen vil påvirkes av om det skjer en endring av organisasjonsmessig tilhørighet. Noen åpner opp for at ulik organisasjonsmessig tilhørighet kan ha betydning på et høyere nivå i organisasjonene. Disse funnene må sees i lys av en hypotetisk problemstilling. Hverken tannhelsetjenestens personell eller pleie- og omsorgstjenestens personell har erfart å samhandle under samme organisatoriske paraply.

Tannhelsetjenesten representert ved den lokale tannklinikken og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten representert ved sykehjemmet eller hjemmesykepleien vil ha ulike organisasjonskulturer. Utfordringen for begge parter er å ta seg tid til å sette seg inn i de kulturelle forhold som har betydning for samhandlingen.

Samhandlingsrelasjonen vil påvirkes positivt hvis de samarbeidende partene forstår betydningen av kulturelle forhold som påvirker både egne og andres tankesett. Det er viktig å ha en forståelse av de grunnleggende verdier som påvirker antakelser og fortolkninger av hendelser og uttrykksformer. I den aktuelle samarbeidsrelasjonen skal det bygges en felles forståelsesramme innenfor et avgrenset område. Selv om de samarbeidende organisasjoner får en organisatorisk overbygning der offisielle mål og tekniske sider harmoniseres, vil partene fortsatt preges av sine opprinnelige verdier, normer og fortolkningssett. Dette forholdet må gis oppmerksomhet, og aktørene må gjøre seg kjent med tankesettet i den andres organisasjon. Lund (1994) beskriver dette forholdet slik at den som skal inn i en samarbeidende organisasjon må ha et “kart” over landskapet, eller ennå bedre en innfødt fører som kan gi en innsikt i organisasjonens tankesett.

Det er knyttet flere usikkerhetsmomenter til spørsmålet vedørende hvilken betydning ulike forvaltningsnivå har på den aktuelle samhandlingsrelasjonen, siden dette er et hypotetisk spørsmål. Det er likevel et interessant at informantene i liten grad tror samhandlingsrelasjonen mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten i kommunen vil påvirkes av en samordning av tjenestene til samme forvaltningsnivå. Litteraturen støtter informantenes oppfatning om at kjennskap til hverandre vil være et viktig moment og selve kontaktetableringen vil ha betydning for hvordan samhandlingsrelasjonen utvikler seg.

Kontrakt

I styrende dokumenter innenfor dagens helse-Norge nevnes kontraktsbasert samarbeid som et viktig virkemiddel for å nå framtidige helsepolitiske mål. Det foreslås i samhandlingsreformen et lovpålagt avtalesystem mellom helseforetakene og kommunene for å sikre en bedre ressursutnyttelse, en bedre samfunnsøkonomi og en bedre effekt for pasientene (Sosial- og helsedepartementet st. melding 47:2008). Det legges vekt på at de inngåtte avtalene kan hindre at det oppstår uklarheter om ansvars- og oppgavemessige forhold. Samarbeidsavtalene skal blant annet vise planlagt fordeling av oppgaver mellom kommuner og helseforetak og generelt hvordan kommuner og helseforetak skal samarbeide om helse- og omsorgstjenester. Videre heter det at avtalene må utformes slik at spesialisthelsetjenesten forplikter seg til å bistå kommunen med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring slik at kommunen settes i stand til å utføre sine oppgaver på forsvarlig vis. Tannhelsetjenesten nevnes ikke eksplisitt i samhandlingsreformen, men avtalefestet samarbeid tas også opp i “nasjonale mål og prioriteringer i tannhelsetjenesten”, “om lov om fylkeskommunale oppgaver” og stortingsmelding 35 “framtidens tannhelsetjenester” (Helsedirektoratet 2011, Helse- og omsorgsdepartementet 2007, Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Kontraktsbasert samhandling er med utgangspunkt i disse og flere styrende helsepolitiske dokumenter foreslått som et viktig virkemiddel i samhandlingen mellom ulike organisasjoner og forvaltningsnivå.

Økt samhandling mellom forvaltningsnivåene skal sikre bedre og mer effektive tjenester for pasienter og brukere. Begrepet samhandling defineres i samhandlingsreformen som et uttrykk for helse og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå felles, omforente mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.

Formaliserte kontrakter foreslås som virkemiddel for å forankre og tydeliggjøre disse avklaringene i en gjensidig forpliktende form.

Informantene i studien ser positivt på skriftlige samarbeidsavtaler. De er opptatt av at slike avtaler må være forpliktende for begge parter. Informantene gir uttrykk for at avtalene må være forankret i ledelsen. Det er noe ulik oppfatning om hvilket ledelsesnivå som er avgjørende for at kontrakten skal ha god effekt. Noen informanter er opptatt av at avtalen må standardiseres slik at form og innhold er noenlunde likt i alle samhandlingsrelasjoner mellom tannhelsetjenesten og kommunene. Dette sikrer kvaliteten i avtalene. Informantene mener at hvis kontrakten skal ha effekt/ praktisk betydning i det daglige arbeidet, må den være konkret i forhold til både oppgavefordeling og innhold i oppgavene. Informantene er i tillegg opptatt av å sikre eierskapet til kontraktene blant de ansatte. Eierskapet sikres best gjennom involvering i prosessen med å utforme avtalen og en av informantene foreslår også å involvere fagforeningen i et trepartssamarbeid ved selve kontraktsinngåelsen. Trepertssamarbeidet ser hun på som en strategisk prosess for å spre kunnskap og eierskap til flest mulig medlemmer i organisasjonen.

Det er godt samsvar mellom intensjonene i helsepolitiske dokumenter vedrørende samhandlingsavtaler og informantenes oppfatning av betydningen av slike formaliserte avtaler. Informantene er opptatt av hvordan kontraktene skal bli et levende dokument i det daglige arbeidet, og påpeker at involvering i avtaleinngåelse for både ansatte og fagforening er en klok framgangsmåte.

Når jeg drøfter de overordnede intensjonene og målene med å kontraktsfeste samarbeidet opp mot informantenes behov i det daglige arbeidet, finner jeg at det er prosessen ved selve avtaleinngåelse (forankringsarbeidet) og prosessen med implementering/ involvering som er viktig. Kontrakten i seg selv ser ut til å ha mindre betydning. Samhandlingskontrakter mellom forvaltningsnivåene er som tidligere nevnt et ønsket politisk virkemiddel. Dette funnet vil derfor få stor betydning for om kontrakter som virkemiddel for å bedre samhandlingen mellom forvaltningsnivå skal få lykkes.

6.2 Andre faktorerers betydning.

Hvilken betydning kan andre faktorer ha for samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten?

Mål

Mål beskrives i litteraturen som trolig en av de viktigste virkemidlene i arbeidslivet for å kunne realisere ønskede resultater (Berg 2002). Flere teoretikere har beskrevet mål som et virkemiddel for både styring og motivasjon for å oppnå bestemte resultater i organisasjonen. Vi yter trolig mer når vi har konkrete mål å jobbe mot, enn når vi ikke har mål i det hele tatt. Forutsetningen for at mål skal ha den ønskede effekt er at målformuleringen må oppfylle visse kriterier (Larsen 2000, Berg 2002, Jensen 2002, Strand 2007).

Informantene formidler en felles oppfatning om at de ikke kjenner til eller oppfatter at det finnes noen felles definerte mål for samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten. Det kommer også fram av beskrivelsene til informantene at de har ulik oppfatning av hva som defineres som et mål og hvordan dette formuleres for å få den ønskede effekten.

Flere av informantene gir uttrykk for at felles mål hadde vært ønskelig for å bedre samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten. De har tanker om at felles mål gir en felles retning og staker ut kursen på arbeidet som skal gjøres. Videre sier de at målene bidrar til fellesskapsfølelse og er identitetsskapende. Konkrete mål kan oppleves som et mandat som er forankret i organisasjonen.

Informantenes tanker om betydningen av mål understøttes i litteraturen. Det vi i tillegg kan tolke ut av informantenes svar er at felles omforente mål kan bidra til en felles kulturforståelse for det samarbeidet som skal etableres. Felles kulturforståelse på et avgrenset område i en samarbeidende relasjon kan gi et positivt grunnlag for samhandlingen. Prosessen med å etablere felles omforente mål mellom to samarbeidende organisasjoner kan derfor ha betydning både for å oppnå ønskede resultat, men også bidra til en avklaring og gi kjennskap til hverandres tankesett og forene disse i en felles begrepsavklaring og tankestruktur i det aktuelle samarbeidet.

Noen informanter understreket behovet for at mål må etableres i et gjensidig samarbeid, der en analyse av behov ligger til grunn for konkrete målformuleringer. Målformuleringene må ha sitt utspring i følt behov. Involvering fra begge samarbeidende parter sikrer eierskap og hvilken betydning målene vil få i det praktiske arbeidet.

Som tidligere nevnt definerer samhandlingsreformen begrepet samhandling som *“helse og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå felles omforente mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.”* (Helse- og omsorgsdepartementet 2008)

Felles omforente mål framstår som et politisk ønsket virkemiddel for å oppnå resultater i helsetjenesten mellom forvaltningsnivåene. Mål beskrives i litteraturen som en av de viktigste virkemidlene i organisasjonene for å oppnå ønskede resultater, og informantene gir klart uttrykk for at felles mål ville bidratt til et bedre grunnlag for den samhandlingen som skal skje mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten.

Informantene formidler samtidig en manglende kunnskap om hvordan de kan utforme mål slik at de har den ønskede effekten. Kunnskap om hvordan mål etableres i en gjensidig prosess som skaper involvering og eierskap til målene, samt kunnskap om de kriterier (kp3.2) som målene må oppfylle for å ha den ønskede effekten må gis større oppmerksomhet i både tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjeneste.

Ledelsesforankring

Informantene er klar på at samhandlingsrelasjonen må være forankret i ledelsen. Forankring i ledelsen gir oppgaven legitimitet. Ved analyse av hele materialet ser jeg også at informantene vektlegger forankring blant de som utfører oppgaven i det daglige.

En av informantene beskriver forankring som en del av en strategisk prosess. Informanten formidler at jo flere som har vært med å stadfeste at oppgaven skal løses, jo flere blir engasjert og ønsker å være positive bidragsyttere til å gjennomføre oppgaven.

En slik prosess med mange involverte parter vil medføre noen praktiske utfordringer i gjennomføringen. På den ene siden vil det være optimalt å involvere flest mulig for å forankre prosessen best mulig, mens det på den andre siden må tas hensyn til ressursbruken og hva som er praktisk mulig for å komme fram til et best mulig resultat. Dette vil nok variere avhengig av hvilken oppgave som skal forankres.

Forankring i ledelsen understøttes i litteraturen som en viktig faktor for at en oppgave skal få oppmerksomhet og få betydning i organisasjonen (Lund 1994).

Det å definere målene mellom to samarbeidende parter retter oppmerksomheten mot selve oppgaven. Hvis målene er akseptert hos de som skal utføre oppgaven, har de ofte den effekten at de mobiliserer til innsats og inspirer til å tenke taktisk på hvordan en kan oppfylle dem (Strand 2008). Flere teoretikere beskriver at hvis målene skal ha en motiverende effekt må de først og fremst være akseptert av de som skal utføre oppgaven og de må oppleves som forpliktende for de samarbeidende partene (Berg 2002).

Det vi ser av både informantenes refleksjoner knyttet til forankring og litteraturens mange beskrivelser av dette fenomenet er at oppgaven som skal løses må være forankret både i ledelsen og blant de som skal utføre oppgaven.

Denne kunnskapen kan være nyttig å ta med seg inn i arbeidet med å utforme rammene for samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og omsorgstjenesten. I et arbeid med å utforme kontrakter vil det være viktig at flere forhold blir ivarettatt. Overordnet forankring og standardiserte rammer som skaper likhet og kvalitet er viktig. Prosessen knyttet til avtaleinngåelse har stor betydning for forankringsarbeidet og jo flere som er involvert i dette arbeidet jo bedre befester man arbeidet i organisasjonen. Det må likevel her gjøres avveininger mot hva som er ressursmessig mulig innenfor de gitte rammer. Avtalen må ha en slik form at den brytes ned til avdelingsnivå og oppgaveavklaring og målformuleringer vil på denne måten få praktisk betydning på den enkelte avdeling og i den enkelte samarbeidsrelasjonen. Oppgavene og målene må utformes med utgangspunkt i følt behov.

Hvis de konkrete målene skal få betydning må de brytes ned på avdelingsnivå og utarbeides i et gjensidig samarbeid mellom de samarbeidende partene. Begge parter må i denne prosessen være lydhøre overfor hverandre for på denne måten komme fram til felles målformuleringer for arbeidet.

“At man, naar det i sandhed skal lykkes en at føre et menneske hen til et bestemt sted, først og fremmst maa passe paa at finde ham der, hvor han er og begynne der.”

Det ligger mye klokskap i Søren Kirkegaard's ord om hvordan man skal kunne utvikle et samarbeid og å forstå hverandre i kommunikasjonen. Dette sitatet kan nok også med fordel være til god hjelp for de samarbeidende parter når man skal finne sammen og starte arbeidet med å definere felles omforente mål.

Hovedinntrykket i forankringsdiskusjonen er at prosessen med forankringsarbeidet og implementeringen i hele organisasjonen er den aller viktigste. I praksis kan vi nok noen ganger oppleve at ledelsen er opptatt av at formelle prosesser er gjennomført og at overordnede mål er satt og kontrakter inngått som en teknisk og formell del av driften. Det som tydeliggjøres i informantenes beskrivelser er at den formelle forankringen må følges opp med en prosess i organisasjonen som skaper involvering, engasjement og motivasjon i alle organisasjonens ledd. Bare på denne måten vil målene og oppgavene som defineres i kontrakten få betydning i det daglige arbeidet.

Oppbygging av kontrakter må reflektere denne kunnskapen.

Rutiner og systematikk

Flere av informantene fremholder viktigheten av å etablere faste kontaktpersoner mellom tannhelsetjenesten og den enkelte institusjon og hjemmesykepleien. Litteraturen understøtter betydningen av det ut fra flere forhold. Lund understøtter nødvendigheten av å ha en fast kontaktperson som man kan etablere et trygt forhold til og som man kan kommunisere fritt med. *“En person inden for murene som kender til de skrevne og uskrevne forhold, og som kan føre den udenfrakomne sikkert rundt i institusjonen”*. (Lund 1994)

Faste kontaktpersoner vil lette kommunikasjonen mellom de samarbeidende organisasjoner. Kontaktpersonene vil være likeverdige parter i samarbeidsforholdet og begge har dermed også samme status og rettigheter i samarbeidsforholdet (Fjellstad 1995). Kommunikasjonen i en likeverdig eller symmetrisk samarbeidsrelasjon preges av at partene oppfatter hverandre som like og det utveksles lik atferd i relasjonen.

Informantene formidler nødvendigheten av gode systemer/ rutiner for å sikre at arbeidet blir organisert på en hensiktsmessig og rasjonell måte og å sikre informasjonsflyten til de som skal ha kunnskap om oppgaven. En av informantene sier:

“Vi må ha system, og det må stå noen plasser hva vi skal gjøre”

En annen informant opplever at manglende oppfølgingsrutiner svekker effekten av de tiltakene som allerede er satt i gang. Eksemplet handlet om munnstellkort som er innført som et hjelpemiddel for oppfølging av den enkelte pasients munnhygiene. Manglende oppfølging av bruken viste seg å resultere i at munnstellkortene ikke ble brukt på avdelingen.

En kritisk refleksjon kan være at både personell i tannhelsetjenesten og personell i pleie- og omsorgstjenesten skyver fra seg et oppfølgingsansvar pga av manglende skriftlige rutiner. Ville oppgaven blitt løst på en bedre måte hvis rutinene hadde vært nedskrevet? Dette spørsmålet har vi ikke noe svar på.

Bruk av regler og rutiner og prosedyrer beskrives i litteraturen som administrasjonsfunksjonen innenfor ledelsesteorier. Administrasjonsfunksjonen innebærer å opprette og å drive systemer som ivaretar hukommelsen og skaper regularitet i organisasjonen. Hensikten er å skape orden. Målet er å redusere tilfeldigheter, ulik praksis og usikkerhet (Strand 2007).

Det er viktig å etablere gode rutiner på de områdene som man ønsker å sikre en lik håndtering av og som skaper regularitet og forutsigbarhet. Prosedyrer og regler må lages på de områdene som man ikke ønsker avvik. For sterk regelstyring kan hindre de samarbeidende parter frie tanke og initiativ til å tilpasse oppgavene til de aktuelle behovene og selv ta ansvar for å gjøre de fornuftige valgene. Regelstyring, prosedyrer og retningslinjer skal derfor benyttes på de områdene hvor man ønsker lik behandling, og unngås der skjønnet og den enkeltes ansvarsfølelse åpenbart vil gi bedre resultat. Fastlagte rutiner kan derfor på denne måten også redusere den enkeltes ansvarsfølelse for oppgaven.

Kompetanse

Tannhelsetjenesten i Nordland har ifølge kvalitetssikringssystemet “Veiledninga” pålagt alle tannklinikker å gjennomføre undervisning ved institusjoner og hjemmesykepleien i sin kommune. Formålet med undervisningen er å bistå helsepersonell i institusjon og hjemmesykepleie slik at den daglige munnpleien kan gjennomføres til beste for brukerne.

Informantene i studien framhever at behovet for opplæring er viktig både i institusjon og hjemmesykepleie. Utfordringene er imidlertid størst i hjemmesykepleien. Dette er begrunnet i at kunnskapsnivået i hjemmesykepleien er lavere enn i institusjonene med utgangspunkt i at hjemmesykepleien har ufaglærte personer, mange deltidsstillinger, mange vikariater og mye utskifting av personell. Den organisatoriske rammen for hjemmesykepleien bidrar også til at opplæring er vanskeligst å organisere for denne gruppen helsepersonell. Opplæring for denne

gruppen må systematiseres og samordnes på en overordnet og koordinert måte hvis opplæringstiltak skal ha noen effekt.

Informantene vektlegger også behovet for opplæring i institusjon og blant helsepersonell som tidligere har fått opplæring og som allerede har en grunnkompetanse innen munnstell og oral helse. En av informantene sier:

“Jeg tror at jo mer kunnskap man har om en sak, jo mer interessert blir du og jo mer nysgjerrig blir du og jo mer motivert blir du til å lære mer.”

Informanter fra omsorgstjenesten formidlet det positive i at alle får regelmessig undervisning. Det bidrar til å rette oppmerksomheten mot oppgaven selv om stoffet er kjent fra før. Undervisningen fungerer dermed også som en “reminder” når det gjelder oppgaven og gir oppmerksomhet til oppfølging av daglig munnstell hos brukerne. Undervisningen bidrar på denne måten også til å øke bevissthetsnivået til oppgaven som skal løses og fungerer også som et holdningsskapende arbeid som bidrar til motivasjon og eierskap til oppgaven.

I følge fylkesrevisjonens rapport om tannhelsetilbudet til eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie i Nordland er det stort sprik i undervisningstilbudet til institusjoner og hjemmesykepleien i fylket (Fylkesrevisjonen i Nordland 2008). I flg rapporten bekrefter 95% av tannklinikkene at det gis opplæring til personell i institusjon, og 62% bekrefter at det gis opplæring rettet mot personell i hjemmesykepleien. På samme spørsmål til kommunene bekrefter 73% av de spurte ved institusjoner at de har mottatt tilbud om slik opplæring. Innen hjemmesykepleien er det imidlertid bare 32% som bekrefter at de har mottatt et slikt tilbud.

Ut fra kunnskap som har kommet fram i denne studien ser jeg at det kan være flere årsaker til forskjellene i svarene fra pleie- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenestens. Dette kan ha sammenheng med manglende kontaktpersoner mellom de samarbeidende partene og stor utskifting av personell i hjemmetjenesten. Forskjellig oppfatning av hvilken aktivitet som har vært gjennomført kan også tenkes være begrunnet i manglende rolleavklaring og oppgaveavklaring. Hvor går skille mellom et opplæringstilbud, og en årlig gjennomgang av rutiner knyttet til oppfølging av daglig munnstell? Jeg ser at spørsmålet knyttet til kompetanseheving/ undervisning kan defineres i ulike kontekster og informantene kan ha

svart ut fra egen forståelse av hva som defineres som undervisning. Informantene kan ha ulik definisjon på hva som er en undervisningssituasjon.

I intervjuene kom det fram at tannhelsetjenesten personell forventer at den undervisningen de har hatt skal begynne å få “effekt”. Det kan virke slik at tannhelsetjenestens personell i liten grad er oppmerksom på egen rolle som “reminder” og har en forventning om at pleie- og omsorgstjenesten i større grad selv “foredler” og omsetter den kunnskapen de allerede har og tar ansvar for å sette daglig munnstell på dagsorden.

Samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og omsorgstjenesten bærer preg av “parallelle relasjoner” i kommunikasjonen (kp.3.3). Dette innebærer at tannhelsetjenesten har ulike roller overfor institusjon og hjemmesykepleie. Noen ganger skjer kommunikasjonen i form av en læringssituasjon og andre ganger i form av en gjensidig og jevnbyrdig dialog. Styrkeforholdet og kontrollen i kommunikasjonen forskyves avhengig av hvilken rolle som innehas. Dette kan skape forvirring og komplisere kommunikasjonen mellom de samarbeidende partene.

Rolleavklaring og avklaring av forventninger til samarbeidsrelasjonen er derfor helt nødvendig for å skape en god plattform for dialogen i samarbeidsrelasjonen.

Ansvars plassering og forventninger

Uavklarte forventninger til den samarbeidende part dukket opp som et sentralt tema gjennom intervjuene. Informantene fra både tannhelsetjenesten og omsorgstjenesten tiller den samarbeidende part roller og ansvarsoppgaver som ikke hadde vært gjenstand for diskusjon mellom partene.

God kommunikasjon er avgjørende for å få til et godt samarbeid mellom mennesker og mellom organisasjoner. Jeg har tidligere i denne oppgaven drøftet organisasjonskulturelle faktorerets betydning for et samarbeid mellom ulike organisasjoner. Manglende kommunisering av forventninger til den samarbeidende part kan ha sitt utspring i at man tror at den andre part tenker likt med seg selv, og at det dermed er unødvendig å bruke tid på avklaringer. De samarbeidende partene kommer fra to ulike organisasjonskulturer som har ulike tankesett, ulike verdigrunnlag og ulike uskrevne normer og regler som styrer ens handlingssett. Som vi tidligere har vært inne på vil disse faktorene spille en rolle i samarbeidsrelasjonen og bevissthetsnivået rundt at den andre part ikke har de samme kulturelle tradisjonene, gjør at en

rolle og ansvarsfordeling er enda mer påkrevd i en samarbeidende relasjon fra to organisasjonskulturer enn om man representerte samme kultur.

I intervjuene kom det fram at uavklarte forventninger og uavklarte oppgavefordelinger også gav seg utslag i uavklarte roller i samarbeidsrelasjonen. Sitater i analysekapitlet (5.3.6) kan tyde på at begge parter tillegger den andre part en rolle som de ikke selv er klar over at man har.

Hvilken relasjon de kommuniserende partene har til hverandre har betydning for hvordan man kommuniserer med hverandre og for hvordan budskapet i kommunikasjonen blir forstått og tatt i mot. Tannhelsetjenesten ble i kp 3.4 omtalt som “gjest”, konsulent og lærer inn i den samarbeidende organisasjonen. Dette innebærer at tannhelsetjenesten har mange ulike roller i samhandlingen med pleie- og omsorgstjenesten. Ulike roller betyr også ulike relasjoner (Fjellstad 1995). Jeg har også tidligere beskrevet relasjonen mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten innenfor rammen av “parallelle- relasjoner” der man veksler mellom den symmetriske og komplementære kommunikasjonen (kp.3.3) (Fjellstad 1995)

Det symmetriske samarbeidet preges av likevekt og jevnbyrdighet, det komplementære av lærer/elev relasjonen. Tannhelsetjenesten og personell fra institusjon og hjemmesykepleie vil i sin samhandling veksle mellom disse rollene (parallelle- relasjoner). Denne vekslingen av roller medfører en forskyving av “styrke-forholdet” i kommunikasjonen. Hvis ikke rollene er klart definert, vil dette lett skape grobunn for misforståelser og gi et dårlig samarbeidsklima. Et eksempel på en slik situasjon kan være hvis tannhelsetjenestens personell ikke er bevisst rolleskiftet fra lærer til “gjest” i organisasjonen, og fortsetter sin kommunikasjon innenfor den komplementære rammen i en dialog der de samarbeidende partene ønsker å drøfte seg fram til en felles løsning på en oppgave. I en slik situasjon vil den samarbeidende part lett føle en ovenfra og ned-holdning/ en belærende tone, som ikke virker konstruktiv i dialogen.

Ansvarsplassering kan skje på ulike nivå i organisasjonen. Vi har allerede i dag tydelig ansvarsplassering av oppgaver gjennom lov og avtaleverk mellom de samarbeidende parter. Når dette tilsynelatende ikke er nok, kan det være behov for en konkretisering på et lavere nivå. Ansvarsplassering og avklaring av forventninger mennesker imellom som samarbeider bør i tillegg ha sitt utspring i den daglige kommunikasjonen. Den enkelte yrkesutøver kan ikke fraskrive seg sitt eget ansvar for å bidra til denne avklaringen i det daglige arbeidet.

7 Konklusjon

Problemstillingen for denne studien har vært å belyse hvilke faktorer og rammebetingelser som er av vesentlig betydning for å få til en god samhandling mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og kommunale samarbeidspartnere i pleie- og omsorgstjenesten.

Rammebetingelser:

Resultatene av studien viser at rammebetingelser som økonomi og at de samarbeidende partene befinner seg på ulike forvaltningsnivå har liten eller ingen betydning for samhandlingen om de daglige arbeidsoppgaver.

En annen rammebetingelse som denne studien har undersøkt er hvilken betydning kontrakter kan ha på samhandlingsrelasjonen mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten.

Formaliserte kontrakter for samarbeidet fremmer samhandlingsrelasjonen under gitte forutsetninger. De forankrer samarbeidet og bidrar til en gjensidig forpliktelse mellom partene. Kontrakter kan også være viktige for å tydeliggjøre oppgave- og ansvarsfordeling mellom partene. Konklusjon i studien er at kontraktene må ha en overordnet forankring i de samarbeidende organisasjoners ledelse for å få effekt. I utformingen av kontraktenes handlingsmål må personell fra begge organisasjoner involveres. Kontrakten må ta utgangspunkt i hverdagsutfordringer, involvere begge parter i utarbeidelsen og forankres hos de som skal utføre oppgaven.

Andre faktorer:

Det framkommer flere faktorer som kan ha en vesentlig betydning for at samarbeids- og samhandlingsrelasjonen mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten styrkes.

Kjennskap til hverandres organisasjon er en viktig faktor for samarbeid og samhandling. Det å kjenne den samarbeidende organisasjon sin organisering og kultur gir et godt grunnlag for en god samhandlingsrelasjon.

Kontaktetableringen mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten framkommer som en annen viktig faktor. Denne bør være legitimert av ledelsen i begge organisasjoner. Det

må etableres faste kontaktpersoner mellom de samarbeidende organisasjonene. Dette sikrer kommunikasjonen, og samler kunnskapen om samarbeidet på ett sted. Faste kontaktpersoner skaper trygghet, og bidrar til å underlette etterspørselen av hverandres tjenester.

Samhandlingsrelasjonen mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten må konkretiseres gjennom definerte mål. Hva ønsker man å oppnå med samarbeidet? Studien konkluderer med at mål gir motivasjon til innsats og måloppnåelse kan inspirere til videre arbeid. Mål bidrar til konkretisering og prioritering av hva man ønsker å oppnå og virker dermed også samlende i samarbeidsrelasjonen. Konkrete handlingsmål må defineres på avdelingsnivå og må ta utgangspunkt i følt behov i den enkelte samarbeidsrelasjon. Et viktig funn i studien er en sprikende forståelse av hvordan mål defineres og hvilke kriterier som må kjennetegne et mål for at det kan fungere som et verktøy i det praktiske arbeidet. Kunnskap om hvordan definere mål, må gis større oppmerksomhet fra ledelsen i de samarbeidende organisasjoner.

Det bør etableres faste rutiner og prosedyrer på områder som man ønsker gjennomført på alle avdelinger. Dette vil sikre likhet i tjenestetilbudet. Hvordan oppfølging av den daglige munnhygien hos den enkelte pasient skal kvalitetssikres er et slikt område. I likhet med Strand og medarb. (2005) understrekes betydningen av faste rutiner for oppfølgingen av det daglige munnstellet også i denne studien. Det er og viktig å ha rutiner som kvalitetsikrer oppfølgingen av avvik fra avtalte prosedyrer og retningslinjer. Viktigheten av faste rutiner understøttes også av flere studier. En studie gjort for å undersøke risikofaktorer for mangelfullt tannstell i hjemmesykepleien konkluderer med "*svikt i systemet*" som en viktig faktor (Fjæra og medarb. 2010).

Rolleavklaring i forhold til tannhelsetjenestens ulike roller i pleie- og omsorgstjenesten framkom i studien som en viktig faktor. Tannhelsetjenesten har både en samarbeidsrolle som underviser og veileder og en kontrollrolle når det gjelder kvaliteten på pasientenes munnstell. Disse rollene må tydeliggjøres og avklares. Sammenblanding av og utydelige roller vanskeliggjør samarbeidet.

Kunnskapsoverføring til og opplæring av personell i pleie- og omsorgstjenesten er en viktig faktor. Dette funnet støttes av tidligere studier som har undersøkt kompetansehevingens betydning for bedring av oral helse i institusjon og hjemmesykepleie (Frenkel og Harvey 2002, Wardh og medarb. 2003, Coleman 2005, Strand og medarb. 2005, Samson 2009). Det

fremkommer i materialet mange utfordringer knyttet til undervisning av og kunnskapsoverføring til helsepersonell i institusjon og hjemmesykepleie. Undervisningen må tilpasses personellens kunnskapsnivå og erfaringsbakgrunn. Stor utskifting av personell og mange ufaglærte i deltidsstillinger skaper utfordringer for selve undervisningssituasjonen. Studien konkluderer med at utfordringene i forhold til organisering og gjennomføring er størst i hjemmesykepleien. Opplæringsbehovet er også størst i hjemmesykepleien. Dette funnet støttes av tidligere studier (Fjæra og medarb. 2010).

Materialet avdekker flere vesentlige faktorer for at samhandlingen mellom tannhelsetjenesten og institusjon og hjemmesykepleie skal fungere godt.

Et resultat av denne studien er kunnskapen om at det menneskelige møtepunkt er viktig. Dette innebærer tid til å bli kjent med hverandre og å gjøre de nødvendige rolleavklaringer. Kontrakter vil ikke få noen betydning i organisasjonen om ikke de implementeres med en godt styrt prosess som skaper involvering og eierskap til både kontrakt og oppgave. Skal man lykkes med en samhandlingsrelasjon mellom to samarbeidende organisasjoner må de mellommenneskelige forhold få oppmerksomhet og prioriteres.

Litteraturliste

Ambjørnsen, E., Axéll, T., Henriksen, B. (2002) *Er tannhelsen hos eldre så dårlig som vi tror?* Nor tannlegeforening Tid 2002; 112:272-4

Andersson, F., Månsson, E. (2007): *Munvård, det glömda området i omvårdnad*: studie ved Høgskolen i Halmstad

Balstad, H., Orlund, L., Rørvik, F. (2011) Prosjekt tannhelse: *Tannhelse hos eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleien*. Utviklingssenter for hjemmetjenester Bydel Bjerke Oslo kommune

Beck, F., Nordlie, T., Holtan, E., Glimsdal, S., Apenes, K., Larsen, T. S., Rosén, K., Næss, S., (2001) *Ingen blir gode alene, Hvordan bygge vinnerlag*. Oslo: Pantagruel Forlag

Berg, M. E., Martinsen, Ø., Thompson, G. (2002) 9. opplag. *Ledelse, kompetanse og omstilling* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Coleman, P. (2005) opportunities for nursing-dental collaboration: addressing oral Health needs among the elderly : *Nurs Outlook*

Ferreira, J., Armingohar, Z. 2006:*Munnstell i sykehjem: Effekt av individuelle instruksjonskort*. Studie ved odontologisk fakultet Universitetet i Oslo

Fjeldstad, W.(1995) 2. opplag “*Konsultasjon, modeller og erfaringer*” TANO forlag

Fjæra, B., Willumsen, T., Eide, H. (2010)*Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien*. En tversnittstudie – Sykepleien Forskning 2010 5(2):100-108

Fløistad, G. (2005) 2.utgave, 5.opplag *Kunsten å omgås hverandre* Oslo: Gyldendal Norske Forlag

Folkehelseinstituttet (2009) :*Tannhelsestatus i Norge* rapport 2009:5 En oppsummering av eksisterende kunnskap.

FOR-2003-06-27-792. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten

Frenkel, H., Harvery, I. og Needs, K. (2002) *Oral health care education and its effect on caregivers' knowledge and attitudes: a randomised controlled trial*. Community Dental Oral Epidemiol. Apr;30(2):91-100

Fritzpatrick, J. (2000) *Oral health care needs of dependent older people: responsibilities of nurses and care staff*. J Adv Nurs. Dec; 32(6): 1325-32

Fylkesrevisjonen i Nordland Forvaltningsrevisjonsprosjekt (2008), *Tannhelsetilbudet til eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie*

Hatch, M. J. (2001): *Organisasjonsteori. Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt forlag

Helse- og omsorgsdepartementet (2005) NOU 2005:11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet*

Helse- og omsorgsdepartementet (2005-2006). Stortingsmelding nr 25 *Mestring, mulighet og mening*

Helse- og omsorgsdepartementet (2006-2007) Stortingsmelding nr. 20 *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). Stortingsmelding nr. 35 *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning Framtidens tannhelsetjenester*.

Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009) ot.prop. nr 73 *Om lov om fylkeskommunale oppgaver i folkehelsearbeidet*

Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009). Stortingsmelding nr. 47 *Samhandlingsreformen*

Helsedirektoratet (2011): Rundskriv IS-1/2011 *nasjonale Mål og Prioriterte områder for 2011*

Helsedirektoratet 2009; Kvalitetsindikatorer,
http://www.helsedirektoratet.no/tannhelse/tannhelsepersonell/kvalitetsmaling/kvalitetsindikatorer_i_tannhelsetjenesten_297814 :lest oktober 2009

Helsedirektoratet Veileder (2011): *God klinisk praksis* IS-1589

Henriksen, B., Ambjørnsen, E., Axéll, T. (2004) *Dental caries among the elderly in Norway*. Acta odontologica Scandinavica 2004;62:1-8

Henriksen, B., Ambjørnsen, E., Laake, K., Axéll, T.(2003) *Prevalence of teeth and dentures among elderly in Norway receiving social care*. Acta Odontologica scandnavica 2003;61:184-91

Henriksen, B., Axéll, T., Laake, K.,(2003) *Geographic differences in tooth loss and denture-wearing among the elderly in Norway*. Community dental Oreal Epidemiology 2003;31:403-11

Hofstede, G. (2001): *Cultures consequences. Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Jensen, I. (2002) *Ona Fyr, For deg som vil lykkes sammen med andre*: Dinamo Forlag

KOSTRA (2011)

http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=04702 lest 23.10.2010

Kvale, S. & Brinkmann, S .(2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Larsen, R.P.(2000) 2. opplag. *Teamutvikling*, Oslo, Cappelen Akademiske forlag

Lov 1982-11-19-66. Lov om helsetjenesten i kommunene (Kommunehelsetjenesteloven)

Lov 1983-06-03-54. Lov om tannhelsetjenester (Tannhelsetjenesteloven)

Lov 1991-12-12-81. Lov om sosiale tjenester mv. (Sosialtjenesteloven)

Lov 1999-07-02-63. Lov om pasientrettigheter. (Pasientrettighetsloven)

Lund, M. (1994) *Konsulentarbejde og supervision i skole-, social- og sundhedssektoren*
Århus : Schønberg

Malterud, K. (2008) 4.opplag *Kvalitativ Metoder i medisinsk forskning*. Oslo:
Universitetsforlaget

Myrseth (2009) Bacheloroppgave Høgskolen Stord/ Haugesund *De eldres munn- og tannhelse: Hva kan årsaken være til at munn- og tannstell hos eldre på sykehjem ofte blir nedprioritert, og hvordan kan sykepleiere bidra til bedre munn- og tannstell hos disse pasientene?* [www/brage.bibsys.no/hsh/bitstream/URN:NBN:no-bibsys-brage-8918/1/Myrseth.pdf](http://www.brage.bibsys.no/hsh/bitstream/URN:NBN:no-bibsys-brage-8918/1/Myrseth.pdf) : lest 30. sept 2011

Newton, JP. (2007) *The old and the disable – The care priorities gerodontology* 2007;24
1-2

Nordland fylkeskommune Tannhelsetjenesten (2009): Årsrapport 2009

Nordland fylkeskommune Tannhelsetjenesten: Kvalitetssikringssystem for
tannhelsetjenesten i Nordland “*Veiledninga*”

Rydberg Krona, E. (2009) *Undersøkelse av tann- og munnstell på sykehjem I Buskerud*.
[www//buskerudfylkeskommune.no/tannhelse](http://buskerudfylkeskommune.no/tannhelse) : lest 3. oktober 2011

Samson, H. (2009) *Oral health and institutionalised elderly*. Doktoravhandling ved det
odontologiske fakultet Universitetet i Bergen

Sjögren, P., Nilsson, E., Forsell, M., Johansson, O., Hoogstraate, J. (2008) *A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes*: J Am Geriatr Soc 2008;56:
2124-30

Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Tenner for livet*- Baselineundersøkelse nr 2 Oral helse
hos sykehjemsbeboere.

Statens helsetilsyn (1999) veiledningsserie 1:1999 *Tenner for livet, Helsefremmende og forebyggende arbeid*.

Statens helsetilsyn (2004) *Tannhelsetjenesten i Norge* (5:2004)

Stenberg, J. E. (1987): *Resultatrettet ledelse. Målstyring i teori og praksis*. Oslo: Bedriftsøkonomenes forlag

Strand, G. V., Wolden, H., Rykkje, L., Gjellestad, Å., Stensrud, G. (2005) *Munnstell når livet er på hell*. Nor lægeforening nr.11 2005;125:1494-6

Strand, T. (2007) 2. opplag *Ledelse, organisasjon og kultur* Bergen: Fagbokforlaget

Wardh, I., Hallberg, L. R., Berggren, U., Andersson, L. og Sørensen, S. (2003) *Oral health education for nursing personal; experiences among specially training oral care aides: One year follow-up interviews with oral care aides at a nursing facility*. Scand J Caring Sci . 2003Sep;17(3):250-6

WHO. Oral health in ageing societies: Integration of oral health and general health : http://www.who.int/oral_health lest: 3.april 2011

Wikipedia: Oppslagsord Samhandling

Vedlegg

- Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til informantene
- Intervjuguide

7.1 Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave.

Undertegnede gjennomfører et masterstudie i helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven.

Masteroppgavens formål er å fremskaffe ny kunnskap om hvilke faktorer og rammebetingelser som fremmer ev. hemmer samhandlingsrelasjonen mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten. Tidligere undersøkelser indikerer et sprik i virkelighetsoppfattelse av samarbeidsrelasjonen mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og kommunen. Undersøkelsen skal søke å forstå hvilke faktorer som kan påvirke dette samarbeidet positivt slik at begge parter har en felles virkelighetsoppfattelse av mål, ansvar, gjensidig forpliktelse som igjen fører til systematisk forebyggende og helsefremmende tannhelsearbeid i kommunale institusjoner og hjemmesykepleie.

I denne forbindelse ønsker jeg å intervju noen personer fra kommunalt nivå som personell i institusjon og hjemmesykepleie. På samme måte ønsker jeg å intervju personell fra Tannhelsetjenesten som har erfaring med samarbeidet i institusjon og med hjemmesykepleien.

Spørsmålene i intervjuet vil dreie seg om dine refleksjoner knyttet til strukturelle eller personlige faktorer som kan ha betydning i samarbeidsrelasjonen. Hvis du ønsker det kan spørsmålene sendes deg i forkant. Spørsmålene vil være veiledende. Målet med intervjuet er å få fram dine tanker og refleksjoner om hvilke faktorer som fremmer ev. hemmer et godt strukturert samarbeid som resulterer i at pasienter i institusjon og hjemmesykepleie får det tannhelsetilbudet de har krav på.

Som informant til prosjektet har du rett til å trekke deg ut av prosjektet både før og etter intervjuet uten at dette må begrunnes nærmere. Dataene vil da bli makulert og ikke tatt med i den videre prosessen. Selve intervjuet vil ta ca. en klokke. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd for å lette tolkning av data. Alle opplysninger i intervju behandles konfidensielt og vil bli anonymisert både i bearbeidelse av data og i selve masteroppgaven. Lydopptak slettes og opplysningene anonymiseres senest innen prosjektslutt 1. mai 2011.

Datainnsamling/ Intervju vil skje i perioden november/ desember 2010, etter nærmere avtale med den enkelte informant.

Hvis du ønsker nærmere informasjon kan du kontakte meg på tlf: 41230331 eller sende meg en mail silja.ildgruben@nfk.no

Hvis du kan tenke deg å være en av mine informanter i forskningsprosjektet ber jeg deg underskrive samtykkeerklæringen nederst i dette skrivet. Jeg vil ta direkte kontakt med mine informanter for å avtale tid for intervju.

Vennlig hilsen

Silja Ildgruben

Lensmann Hansensgt. 18

8622 Mo i Rana

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om forskningsprosjektet vedrørende samhandling mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og personell i pleie- og omsorgssektoren i kommunene og ønsker å stille til intervju.

Signatur.....

Telefonnr.....

Mailadresse:.....

7.2 Intervjuguide

Beskriv ulike faktorer og rammebetingelser som må være tilstede for å lykkes i samhandlingen mellom ulike forvaltningsnivå.

(Tannhelsetjenesten / kommunene)

- Beskriv hvilken/ hvilke samarbeidsrelasjon(r) du har med Tannhelsetjenesten / Kommunen?
- Hvem har vært initiativtaker til samarbeidet?
- Hvordan opplever du dette samarbeidet?
- Hva er samhandling for deg?
- Def samhandling i samhandlingsreformen: Evne til oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåene for å nå felles omforente mål. Opplever du at du og dine samarbeidspartnere i kommunen/ Tannhelsetjenesten har felles omforente mål? Er disse i så fall beskrevet noen gang?
- Hvordan er samarbeidet forankret? (Eget initiativ, pålegg, ledelsesforankret osv.)
- Opplever du å ha god kunnskap om den organisasjonen du samarbeider med, og ev. hvor viktig er dette for samarbeidsrelasjonen?
- Hvor viktig er kompetanseoverføring mellom forvaltningsnivåene både på organisasjon og fag?
- Ser du for deg en annen måte arbeidet kan organiseres på? Ville hyppigere tilstedeværelse fra tannhelsetjenesten bidratt til økt fokus på tannstell i institusjonen eller hjemmesykepleien?
- Hvor viktig tror du det er med skriftlige samarbeidsavtaler og i så fall på hvilket nivå bør disse inngås? Begrunn svaret.
- Ville samarbeidet vært enklere å organisere hvis tjenestene hadde vært forankret på samme forvaltningsnivå (Tannhelsetjenesten hadde vært kommunal)?
- Beskriv de ulike faktorenes betydning for at de samhandlende partnerne oppnår felles omforente mål?
 - Felles målforståelse
 - Ledelses forankret
 - Formell forankring- gjennom lov og avtale.
 - kompetanse
 - Personlig relasjon og kjennskap til hverandre?
 - Personlig engasjement
 - Personlig nettverk?
 - Kjente og tydelige prosedyrer og retningslinjer
 - Ville økonomiske incentiver påvirket motivasjonen for økt samhandling, og i så fall på hvilken måte?
 - Andre faktorer?
- Opplever du at samarbeidet mellom Tannhelsetjenesten og kommunene blir prioritert? På hvilken måte og i hvilket omfang?
- Hvor viktig opplever du samarbeidet med Tannhelse/ kommunen er for å fremme forebyggende og helsefremmende tannhelsearbeid i kommunene?